

Les mésusages d'alcool en dehors de la dépendance

Usage à risque – Usage nocif

Résumé

Quelles sont les différentes conduites d'alcoolisation en dehors de la dépendance ?

L'usage

L'usage d'alcool, également appelé "usage d'alcool à risque faible, usage simple, etc.", est commun dans notre pays ; il a aussi une importante place dans les rites sociaux. Il peut être expérimental, occasionnel ou régulier. Cet usage peut être sans risque (en l'absence de situations de risque particulières) s'il reste modéré.

Les mésusages

Les usages à risque (ils définissent les consommateurs "à risque")

La consommation à risque est une consommation susceptible d'entraîner à plus ou moins long terme des dommages (dépendance incluse). Il convient de se représenter le risque de deux manières :

- tout d'abord un risque différé et cumulatif : la morbidité et la mortalité augmentent au-delà d'une consommation globale supérieure à 21 verres par semaine, soit trois verres par jour pour les consommations quotidiennes, sans dépasser cinq verres par occasion, pour les hommes, et à 14 verres par semaine, soit deux verres par jour pour les consom-

mations quotidiennes, pour les femmes (seuils de risques de l'OMS, sachant qu'un verre standard ou unité de boisson alcoolisée, consommé par exemple dans un bar, contient environ 10 g d'alcool pur : un verre de vin rouge = 10 g, un demi de bière = 10 g, un whisky = 10 g, etc.) ;

- mais aussi un risque immédiat, puisque la consommation peut devenir nocive dans certaines circonstances :

- en cas de situation à risque :

- . conduite de véhicule (auto, moto, scooter...), travail sur machine dangereuse ;

- . poste de sécurité, situation qui requiert vigilance et attention, etc. ;

- en cas de risque individuel :

- . consommation rapide et/ou associée à d'autres produits, notamment psychoactifs (psychotropes) qui peuvent potentialiser, souvent rapidement, les effets psychotropes de l'alcool ;

- . pathologies organiques et/ou psychiatriques associées, notamment celles qui impliquent la prise d'un traitement médicamenteux ;

- . modification de la tolérance du consommateur en raison de l'âge, du faible poids, du sexe, des médications associées, de l'état psychologique, etc. ;

- . situations physiologiques particulières : la grossesse, états de fatigue (dette de sommeil, etc.).

L'usage nocif (il définit les consommateurs "à problèmes")

Il se caractérise par la concrétisation des dommages liés à une consommation à risque répétée.

Selon la 10^{ème} Classification internationale des maladies (CIM-10 - cf. Annexes), l'usage nocif d'alcool est défini à la fois :

- par les dommages induits par une consommation répétée (ces dommages peuvent être physiques ou psychiques) ;

- et par l'absence des critères de l'alcoolodépendance.

Ce mode de consommation s'accompagne souvent de conséquences sociales négatives.

L'usage avec dépendance (il définit les consommateurs "dépendants")

Toute conduite d'alcoolisation caractérisée par une perte de la maîtrise de sa consommation par le sujet. L'usage avec dépendance ne se définit donc ni par le rapport à des seuils de consommation, ni par l'existence de dommages induits qui néanmoins sont le plus souvent associés.

L'usage avec dépendance s'accompagne en général d'une "tolérance" à l'alcool et de signes de sevrage plus ou moins importants.

L'évolution du mésusage d'alcool

La consommation à risque peut évoluer vers l'usage nocif, vers l'usage avec dépendance ou vers l'usage à faible risque. Bien qu'un retour vers l'usage à faible risque soit possible, l'usage nocif peut bien évidemment évoluer vers la dépendance (figure 1). Pour les patients qui deviendront dépendants, il convient de s'interroger sur l'installation de cette dépendance : il existe une installation progressive

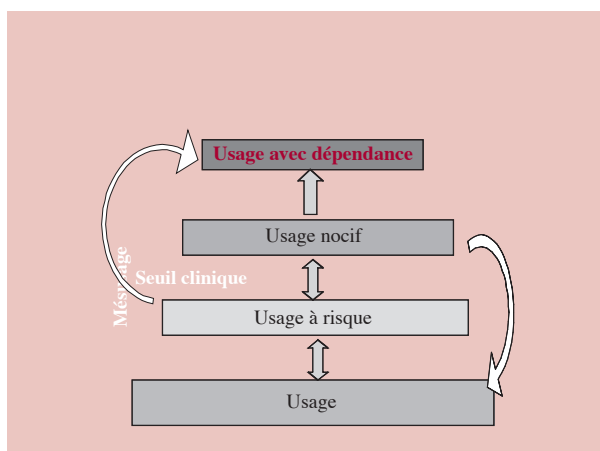


Figure 1. – Évolution du mésusage d'alcool

et de plus en plus impérieuse de la dépendance psychique, du *craving*. Il existe donc une zone d'imprécision (ou de passage progressif) entre usage nocif et dépendance.

Épidémiologie des mésusages d'alcool

Le *Baromètre Santé* considère qu'il y a au moins 20 % de la population adulte ayant un usage à risque quantitatif d'alcool (au moins 5 verres/jour). En France, près de 18 % des patients adultes qui consultent dans les cabinets de médecins généralistes présentent un mésusage d'alcool (29,5 % des hommes et 11,1 % des femmes), alors qu'une petite minorité consulte pour ce problème.

En 1998, 23 000 décès ont été imputés à la consommation d'alcool et se répartissaient en cancers, essentiellement des voies aérodigestives supérieures (50 %), cirrhoses (40 %) et troubles qualifiés "dépendance" (10 %) dont la nature exacte reste imprécise.

Il ne faut pas négliger non plus la forte responsabilité du mésusage d'alcool dans les accidents de la route avec 2 700 décès par an en France. De plus, l'alcool est impliqué dans 10 à 20 % des accidents du travail déclarés.

Les principaux dommages de l'usage nocif d'alcool sont résumés dans le tableau I.

Quelles sont les stratégies de repérage ?

Le repérage de l'usage à risque/nocif d'alcool devrait être effectué chez tous les patients, régulièrement, par une anamnèse portant sur la quantité et la

fréquence moyenne hebdomadaire de la consommation d'alcool : la consommation déclarée d'alcool (CDA : nombre d'occasions par semaine et nombre de verres par occasion).

Lorsque la consommation suggère un usage à risque/nocif d'alcool, l'entretien doit être approfondi et éventuellement complété par l'utilisation d'un questionnaire standardisé, tel que l'AUDIT ou le CAGE qui permettent d'identifier les patients souffrant d'une dépendance à l'alcool, présente dans un cas sur quatre.

Tableau I : Les principaux dommages de l'usage nocif d'alcool

Dommages somatiques

- traumatismes
- hypertension artérielle
- cardiomyopathie
- augmentation du risque d'un cancer
- pancréatite
- cirrhose
- dysfonctionnement sexuel
- polynévrite

Dommages psychologiques et psychiatriques

- anxiété
- dépression
- troubles du sommeil
- dommages cognitifs
- suicide et tentative de suicide

Dommages relationnels

- problèmes conjugaux
- maltraitance
- dysfonctionnement familial

Dommages sociaux et professionnels

- perte d'emploi, arrêt de travail, précarisation
- violence, rixes et problèmes judiciaires
- perte du logement
- accident de la voie publique et du travail

Les marqueurs biologiques (GGT, CDT) n'ont pas d'utilité en repérage de routine chez des personnes asymptomatiques. Ils sont en revanche utiles pour suivre l'évolution de la consommation du patient, et la CDT permet de repérer un usage supérieur à plus de six verres d'alcool par jour.

Il est recommandé que tout intervenant documente précisément dans le dossier médical les différents éléments du repérage effectué.

Quels sont les éléments du diagnostic et de l'évaluation clinique ?

Le diagnostic différentiel entre l'usage à risque, l'usage nocif d'alcool et l'usage avec dépendance est à effectuer. Il est indispensable pour déterminer les objectifs d'intervention et orienter le cas échéant le traitement à proposer.

L'entretien clinique doit :

- procurer des informations complètes sur la consommation et ses modalités ;
- évaluer les facteurs de risque et notamment les facteurs de risque de dépendance ;
- évaluer la situation sociale ;
- rechercher des pathologies associées, notamment psychiatriques et somatiques ;
- rechercher toute autre conduite addictive ;
- évaluer la qualité de vie de façon pragmatique.

Les autres éléments d'évaluation seront :

- l'agenda de consommation ;
- les marqueurs biologiques (GGT et CDT) pour l'évaluation de l'évolution (*grade B*) ;
- et la motivation du patient pour changer ses habitudes de consommation (*grade B*) selon le schéma de Proschaska.

Quelles sont les stratégies d'intervention ?

L'intervention auprès de patients ayant un mésusage d'alcool en dehors de la dépendance se conçoit suivant le stade de motivation du patient (*grade A*) et selon un modèle de prise en charge par paliers (*grade A*).

Encadré 1. – L'intervention brève

Les interventions brèves en alcoologie sont des techniques thérapeutiques développées sur un modèle utilisant conjointement l'évaluation, le conseil et la stratégie comportementale.

Le principe de cette approche est celui d'un soin minimal dispensé individuellement ou en groupe. Le tronc commun de ces modalités d'interventions est une approche cognitivo-comportementale qui fait du sujet le principal acteur de son changement, bien que l'initiative de la discussion revienne à l'intervenant.

Éléments de l'intervention brève :

- . Restituer le test de repérage utilisé.
- . Expliquer le risque alcool.
- . Expliquer ce qu'est un verre standard.
- . Défendre l'intérêt de la réduction.
- . Expliquer les méthodes utilisables pour réduire sa consommation.
- . Renforcer la motivation.
- . Proposer des objectifs réalisables et laisser le choix.
- . Proposer une autre consultation ou rencontre.
- . Remettre un livret documentaire.

L'appréciation de la qualité de vie du patient devra être évaluée de manière répétée par le patient lui-même.

Mésusage et adolescence

Tout adolescent vu en pratique courante, tout particulièrement lors d'un bilan de santé ou à l'occasion d'une consultation en urgence pour un traumatisme, devrait bénéficier d'un dépistage portant sur sa consommation de substance (*grade B*). Un tel dépistage ne peut s'effectuer que dans des conditions spécifiques impliquant le respect de la confidentialité et de l'intimité.

Un tel travail de dépistage peut être effectué par les médecins de premiers recours, mais aussi par le personnel de santé scolaire, des travailleurs sociaux et des éducateurs. Il se centrera moins sur la consommation quotidienne d'alcool que chez l'adulte, et plus sur l'absorption répétée de fortes quantités d'alcool en fin de semaine (*binge drinking*) (*grade B*). Tout adolescent chez lequel on suspecte un mésusage d'alcool mérite une investigation sur au moins deux entretiens distants d'une ou deux semaines, portant à la fois sur la consommation d'alcool, sur la prise concomitante d'autres substances psychoactives et sur la présence de facteurs aggravants comme une co-morbidité psychiatrique ou un cadre familial, professionnel ou social déficient. L'investigation peut être effectuée soit par un omnipraticien formé à l'abord des adolescents et à l'investigation de l'usage de substances, soit par un spécialiste en santé mentale. L'évaluation doit permettre d'éviter la banalisation (il faut que jeunesse se passe), mais aussi une dramatisation excessive. Dans les situations à la limite du mésusage, un suivi à moyen terme (trois à six mois) doit systématiquement être proposé.

Le travail de motivation a pour objectif d'encourager le patient à envisager un changement de son comportement de consommation, en sachant qu'il est illusoire d'espérer faire atteindre à un patient un objectif qui ne lui convient pas (*grade A*).

L'intervention brève a fait la preuve de son efficacité et sa généralisation permettrait de remplir des objectifs de santé publique (*grade A*). Une formation est nécessaire aux intervenants pour qu'elle soit efficace. Tout médecin doit apprendre à effectuer une intervention brève (encadré 1).

L'intervention par paliers successifs, en cas d'inefficacité, permet à un patient de bénéficier du traitement le plus approprié, au moindre coût, sans sacrifier à la qualité des soins et lui donnant le plus de chance de succès (*grade B*).

Le travail en réseau s'impose pour des situations complexes.

Quels sont les éléments d'évaluation de l'évolution ?

En pratique clinique courante, l'on raisonnera en termes de bénéfices et réduction des risques (plutôt que de succès).

On s'appuiera sur l'impression clinique globale qui sera basée sur l'analyse de l'agenda de consommation, ainsi que sur l'objectif initial (réduction ou arrêt). Cet objectif devra être non seulement clairement exprimé lors de sa mise en place, mais également rappelé régulièrement lors du suivi.

Cette impression pourra être renforcée et contrôlée par le dosage des marqueurs biologiques (CDT, GGT, VGM).

