

LE POINT SUR

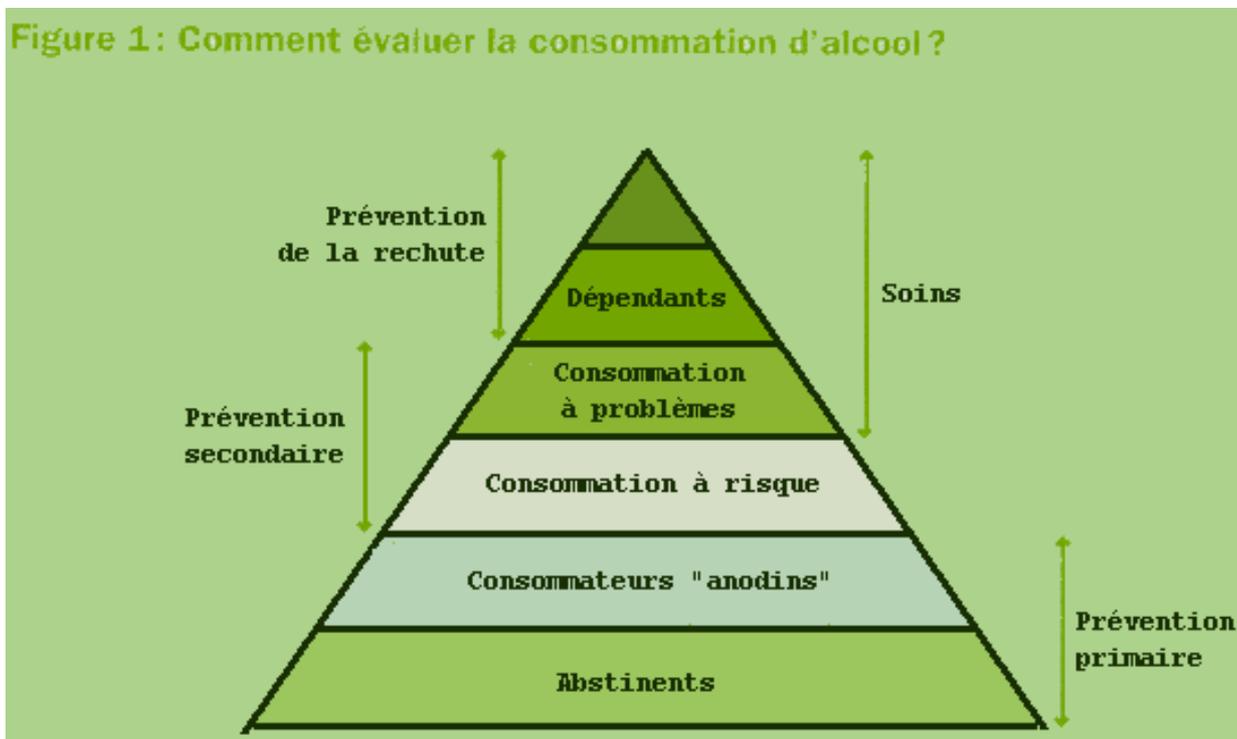
La consommation d'alcool

Philippe Michaud

centre Magellan (Gennevilliers)

La consommation d'alcool à risque est celle qui implique une diminution de l'espérance de vie. On définit les seuils épidémiologiques de risque à 40 grammes par jour (4 verres standards) pour les hommes, et à 20 grammes par jour (deux verres standards) pour les femmes.

Le risque individuel tient compte en effet de nombreux facteurs (par exemple, les ex-héroïnomanes, les enfants de parents alcooliques, les porteurs du VHC...). La consommation à problèmes est au contraire définie pour un individu donné, sans référence à la quantité d'alcool : l'apparition de tout problème (de santé, social, relationnel...) attaché à la consommation d'alcool définit la consommation à problèmes. Ces " problèmes " sont très ou assez spécifiques (condamnation pour conduite en état d'alcoolémie, modifications du bilan biologique...) ou pas du tout (HTA, insomnie, surpoids, absentéisme, troubles du caractère...). Ils interviennent le plus souvent chez des buveurs de quantités importantes et régulières, mais il y a des troubles dont la fréquence est accrue dès 10 grammes par jour (anomalies congénitales, oesophagites peptiques...). La preuve du lien entre le problème et la consommation d'alcool est établie par un test de réduction ou d'arrêt de la consommation d'alcool. On ne doit pas présumer d'une dépendance sur la seule survenue d'un problème, même grave : une cirrhose alcoolique peut être " naïve ". La dépendance (psychique) a besoin pour être constituée de quatre éléments : La consommation d'alcool, les dommages, la conscience du lien entre consommation et dommages, l'incapacité de modifier cette consommation, diminution ou arrêt. Elle n'implique pas une consommation quotidienne. La dépendance physique est un phénomène d'adaptation neuronale à une consommation quotidienne d'alcool, elle s'installe en quelques semaines à quelques années, en relais de la tolérance. Elle est toujours associée à une dépendance psychique. (Parmi les sept critères de dépendance du DSM IV, deux ont trait à la dépendance physique). Elle n'est présente que chez la moitié environ des sujets dépendants. Ces notions sont résumées par la figure 1.

Figure 1 : Comment évaluer la consommation d'alcool ?

Pourquoi faut-il repérer l'ensemble de ces situations ? (Se) poser la question de la consommation d'alcool systématiquement, c'est sortir du tabou et des projections croisées (" si je lui pose la question de l'alcool, il va croire que je le soupçonne d'être alcoolique "). Plus on est bas dans la pyramide, plus les changements sont aisés à obtenir. Une intervention brève en milieu hospitalier ou en médecine générale permet à de nombreux buveurs à risque ou à problèmes de redevenir des consommateurs anodins. Ne pas aborder la cause éventuelle d'un trouble clinique lorsque celle-ci est curable est une faute au regard de l'éthique médicale. Ne pas repérer la dépendance physique dès le début de l'hospitalisation expose le patient au risque d'accident de sevrage. Ne pas proposer de prise en charge de la dépendance psychique expose au risque très probable de rechute et de retour à l'hôpital avec une situation aggravée et un sentiment d'échec.

Comment repérer les problèmes d'alcool ? On dispose de trois sortes d'instruments : cliniques, biologiques, et les questionnaires. La clinique est reine : elle seule permet la plupart du temps de faire le diagnostic. Elle est sous-estimée à cause de la réputation des alcoolodépendants d'user et d'abuser du déni. Mais les non-dépendants ne sont jamais dans le déni, quelquefois dans la sous-estimation... comme nous tous. les dépendants sont plus souvent dans la dénégation que dans le déni. Autrement dit ils savent qu'ils sont dépendants, mais utilisent une défense puérile pour dire l'indicible. La dénégation se fonde sur la culpabilité, la honte et la peur des sanctions. Il y a donc des façons de mener l'" interrogatoire " qui renforcent ces éléments, et donc la dénégation. Le déni " vrai " est surtout le fait de personnes ayant des troubles de la personnalité ou une détérioration psychique, à rechercher systématiquement dans ce cas. Donc, parler du rapport à l'alcool est le meilleur moyen de définir le rapport à l'alcool.

Les questions doivent essayer de partir du ressenti pour aller vers l'objectif. Ne pas oublier que la quantité importe somme toute moins que la nature de la relation à l'alcool. Plus on est haut dans la pyramide, et plus on exprimera de réticence. C'est pourquoi l'entretien ne doit pas dans ce cas servir à faire admettre le trouble, mais à faire accepter d'en parler.

Il faut se garder de vouloir avoir raison contre le patient : garder un " profil bas ".

Quelles questions peuvent être posées ?

- Buvez-vous, ne serait-ce qu'occasionnellement, de l'alcool ?
- Avez-vous une consommation régulière ?

- Avez-vous une consommation quotidienne ?
- Pouvez-vous me décrire votre consommation sur une semaine ?
- Avez-vous déjà eu le sentiment que vous devriez diminuer votre consommation d'alcool ?
- Est-ce que votre entourage vous a fait des reproches au sujet de votre consommation d'alcool ?
- Est-ce que vous ressentez quelquefois de la culpabilité au sujet de votre consommation d'alcool ?
- Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin ?
(Ces quatre dernières questions constituent le questionnaire DETA)
- Avez-vous déjà été ivre ?
- Vous est-il arrivé le matin de ne plus vous souvenir de ce que vous aviez fait la veille, parce que vous aviez bu ?
- Combien de fois dans l'année avez-vous été ivre ?
- Vous arrive-t-il de ne plus arriver à vous arrêter de boire, après un ou deux verres ?
- Dans votre famille, y a-t-il des personnes en difficulté avec l'alcool ?
- A quelle heure prenez-vous habituellement votre premier verre ?
- Si votre premier verre est le matin, est-ce que vous avez le sentiment qu'il répond à un besoin ou qu'il calme des symptômes ?
- Est-ce que vous avez déjà essayé d'arrêter de boire ? Cela s'est-il accompagné de troubles importants, comme une crise d'épilepsie ou un delirium tremens (des hallucinations) ?
- Avez-vous le sentiment que votre besoin actuel de soins a un rapport avec votre consommation d'alcool ?
- Globalement, est-ce que vous pensez que votre consommation d'alcool a provoqué des ennuis dans votre vie, dans les domaines de la santé, de la vie familiale, du travail ?
- Est-ce que vous pensez qu'il y aurait un bénéfice pour vous à réduire ou à arrêter votre consommation d'alcool ?

Ces questions ne sont pas toutes posées, c'est selon le contexte. Mais elles permettent à elles seules de faire le diagnostic, l'examen clinique et la biologie ne faisant que renforcer les appréciations de l'entretien.

Les premières permettent de connaître la CDA, consommation déclarée d'alcool, qui définit si l'on appartient au groupe à risque. Le questionnaire DETA définit le groupe à problème. Les questions suivantes évaluent la perte de contrôle, et/ou la dépendance.

Ne pas oublier, pour des raisons de sécurité : le diagnostic de dépendance physique est à faire à l'interrogatoire, parce que les signes physiques peuvent être absents au moment de l'entretien. Enfin, on peut faire le point des motivations au changement. La biologie est un instrument d'orientation (elle fait penser à une consommation importante d'alcool) et d'évaluation du retentissement (foie...). Elle est un mauvais instrument de dépistage - même la CDT (Carbohydre déficient transferrin), beaucoup plus chère que la GGT (Gamma GT), est à peine plus performante. Elle n'est certainement pas un moyen de diagnostic.

Les questionnaires sont des instruments de dépistage plus intéressants que la biologie : certains sont plus performants que celle-ci pour le repérage (par exemple DETA à l'hôpital ou en prison). Certains permettent surtout de faire la part des buveurs à risque et des dépendants : l'AUDIT (cf tableau 1). Ils ont surtout l'avantage d'une bonne valeur pédagogique : puisqu'ils sont destinés à être présentés à tous les patients, ils habituent les soignants à explorer systématiquement le rapport à l'alcool.

L'interprétation de l'AUDIT (Alcohol use disorders identification test) est simple :

Chez les hommes :

0 à 6 : Pas de problèmes

7 à 12 : Consommation à problèmes

13 à 40 : Alcoolodépendance

Chez les femmes :

0 à 5 : Pas de problèmes

6 à 12 : Consommation à problèmes

13 à 40 : Alcoolodépendance

L'AUDIT est validé dans de nombreuses langues et le sera prochainement en français (Gache /Michaud, groupe OMS). Mais le repérage des consommateurs à problèmes n'a d'intérêt que si l'on a quelque chose à proposer. De nombreuses études montrent qu'une intervention brève de conseil délivrée par un soignant, ou même un intervenant social, permet d'aider les consommateurs en danger mais non dépendants à réduire leur consommation et donc le risque qui s'y rapporte.

Lorsqu'on a affaire à un consommateur dépendant, il est très important de repérer en premier lieu s'il présente une dépendance physique (c'est le cas de la moitié environ des dépendants de l'alcool) en recherchant les signes apparaissant au réveil et calmés tous les jours par la consommation d'alcool. En effet ceux-ci nécessitent d'organiser le sevrage, lorsqu'ils y sont prêts, pour éviter un accident de sevrage fréquent en l'absence de traitement préventif (10 % des cas). Ces accidents sont encore plus fréquents s'il existe des antécédents de même nature, une dépendance physique intense, plusieurs tentatives antérieures et/ou une dépendance aux calmants de type benzodiazépines. Il est également important de repérer s'il existe des troubles psychiatriques ou une " toxicomanie " associée, qui pourront compliquer la prise en charge et nécessitent souvent l'appui de spécialistes. Il est enfin nécessaire de repérer une forme clinique qui peut modifier la stratégie thérapeutique dans le post-sevrage, l'alcoolisation paroxystique intermittente. Les patients qui présentent cette forme particulière de dépendance à l'alcool prennent des cuites sévères qui peuvent durer plusieurs jours et ne s'arrêtent que lorsqu'ils n'en peuvent plus, puis restent abstinents ou presque jusqu'au prochain épisode.

Enfin, il est primordial d'évaluer le retentissement global de la consommation d'alcool indépendamment de l'existence d'une dépendance. Ce retentissement est lié au contexte, et au " terrain ", et pas seulement au niveau de consommation. Il est raisonnable de rechercher cliniquement et/ou biologiquement les troubles secondaires les plus fréquents et les plus délétères. Cliniquement, les signes classiques d'hépatopathie, de troubles pancréatiques, et les troubles neurologiques périphériques et centraux. Des signes neurologiques ou une plainte fonctionnelle doit faire vérifier la rétine à la recherche d'une névrite optique. On ne doit jamais omettre les examens ORL et stomatologique (l'alcool est un facteur de risque de cancers de cette région plus important que le tabac). On doit contrôler la pression artérielle et interroger le patient sur d'éventuels troubles du rythme. Sur le plan biologique, il faut contrôler les sérologies des hépatites (et vacciner contre l'hépatite B le cas échéant), et pratiquer une analyse biologique comportant régulièrement NFS, plaquettes, ASAT, ALAT, bilirubine, TP, électrophorèse des protéines, glycémie à jeun, cholestérol, triglycérides, uricémie. La gamma-glutamyl-transférase n'est à doser que si elle doit faire l'objet d'une attention particulière dans le suivi : en soi, elle n'apporte pas d'information dans le bilan de retentissement. Une échographie hépatique, si l'on découvre un gros foie ou si le bilan hépatique ou les sérologies y incitent. D'autres examens dirigés par la clinique peuvent s'ajouter (écho cardio, amyliasémie, amyliasurie...).

Il est également nécessaire de faire le point sur le retentissement psychique, en n'oubliant pas que la consommation dangereuse d'alcool est plus souvent cause de troubles psychiques que conséquence, que ces troubles cèdent souvent au sevrage sans traitement, et que la prescription de psychotropes avant le sevrage chez le sujet

dépendant est inefficace et néfaste, en compliquant la tâche au sevrage.

En conclusion, l'évaluation de la situation vis-à-vis de l'alcool doit se faire chez tout patient en difficulté physique et psychique, sans attendre une manifestation pathologique. La tolérance sociale va en effet très au-delà des seuils de risque, et plus encore lorsqu'on est en présence de patients qui ont arrêté les opiacés illicites, substitués ou non, car ils regardent souvent l'alcool comme un produit anodin. De même, les patients atteints par le VHC qui relèvent d'un traitement par interféron doivent savoir le plus tôt possible qu'une consommation élevée d'alcool est un obstacle absolu à la réussite d'un traitement anti-VHC. Les perturbations entraînées dans les traitements anti-VIH par les conduites d'alcoolisation méritent une action résolue de prévention secondaire chez les patients qui glissent sur la pente de l'abus. Il suffit pour cela de se convaincre qu'il n'y a jamais de tort à parler de l'alcool, et que de simples conseils suffisent souvent à éviter une aggravation aux conséquences incalculables.

tableau 1

Le questionnaire " AUDIT "
<p>Ce questionnaire cherche à évaluer le risque attaché à la consommation d'alcool. Il interroge votre consommation des douze derniers mois. Attention à ce que vos réponses reflètent cette unité de temps et pas seulement les dernières semaines. Si vous ne prenez jamais d'alcool, ne répondez qu'à la première question.</p>
Un verre standard = 10 g d'alcool pur
<p>1/ A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ● jamais ● une fois par mois ou moins ● 2 à 4 fois par mois ● 2 à 3 fois par semaine ● 4 fois ou plus par semaine
<p>2/ Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire_où vous buvez de l'alcool ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ● un ou deux ● trois ou quatre ● cinq ou six ● sept à neuf ● dix ou plus
<p>3/ Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standards ou plus ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ● jamais ● moins d'une fois par mois ● une fois par mois ● une fois par semaine ● chaque jour ou presque
<p>4/ Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ● jamais ● moins d'une fois par mois ● une fois par mois ● une fois par semaine ● chaque jour ou presque

5/ Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous ?

- jamais
- moins d'une fois par mois
- une fois par mois
- une fois par semaine
- chaque jour ou presque

6/ Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?

- jamais
- moins d'une fois par mois
- une fois par mois
- une fois par semaine
- chaque jour ou presque

7/ Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?

- jamais
- moins d'une fois par mois
- une fois par mois
- une fois par semaine
- chaque jour ou presque

8/ Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?

- jamais
- moins d'une fois par mois
- une fois par mois
- une fois par semaine
- chaque jour ou presque

9/ Vous êtes-vous blessé(e) ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?

- non
- oui mais pas dans les douze derniers mois
- oui au cours des douze derniers mois

10/ Est-ce qu'un ami ou un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?

- non
- oui mais pas dans les douze derniers mois
- oui au cours des douze derniers mois

Contact : Docteur Philippe Michaud, Centre Magellan, 33 1 41 21 05 63. Version française Pascal Gache (Genève)/Philippe Michaud, approuvée par le centre de Sydney - Professeur John Saunders.