

# **UNIVERSITÉ DE NANTES**

---

## **FACULTÉ DE MÉDECINE**

---

**Thèse année 2020**

**N°:**

### **THÈSE**

**pour le**

### **DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Qualification en**

**MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Par**

**HOCHET RAPHAËL**

**Né le 08 Août 1989 à Vannes**

---

**Présenté et soutenue le 30 Octobre 2020**

---

**Prise En Charge De L'Alcoolo-Dépendance En Médecine Générale:  
À Propos D'Un Cas.**

---

**Président : Madame le Professeur GRALL-BRONNEC Marie**

**Directeur de thèse: Monisuer le Professeur GORONFLOT Lionel**

## **COMPOSITION DU JURY**

**Président du jury:**

**Madame le Professeur GRALL-BRONNEC Marie**

**Directeur de thèse:**

**Monsieur le Professeur GORONFLOT Lionel**

**Membres du jury:**

**Madame le Docteur JEANMOUGIN Pauline**

**Monsieur le Docteur CHEVREUIL Nicolas**

## **REMERCIEMENTS**

À Madame le Professeur Marie GRALL-BRONNEC,  
Je vous remercie de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse. Veuillez croire en  
ma profonde reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Lionel Goronfot,  
Pour l'immense aide et le temps que vous m'avez consacré. Ma reconnaissance est infinie.

À Madame le Docteur Pauline Jeanmougin,  
Recevez mes sincères remerciements pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

À Monsieur le Docteur Nicolas Chevreuil,  
Recevez mes sincères remerciements pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse.  
La période de remplacement au sein du cabinet médicale fut une expérience extrêmement  
enrichissante.

À l'ensemble du cabinet médicale de Sucé sur Erdre,  
Merci pour ces 3 ans d'aide pour mes débuts au sein de mon exercice future

À l'ensemble de mes maîtres d'externat et d'internat,  
Pour leurs conseils, leur confraternité, qui participes à l'amour que j'ai pour ce métier. Un  
grand merci à l'ensemble du cabinet du Sillon de Bretagne qui m'ont accompagné dans la  
prise en charge des personnes en situation d'addiction.

À Camille,  
Pour ton amour, la joie que tu m'apporte, et ta relecture.

À ma famille,  
Pour leur générosité et leur disponibilité.

À mes amis,  
Camille, Mélanie, Youna, Benoit, Lorenzo, Matthieu, Olivier, Paul.  
Céline, Anthony Marc-Antoine  
Gaëtan  
Pour leur amitié malgré la distance .

# TABLE DES MATIÈRES

<b>Lexique.....</b>	p.5
<b>Introduction.....</b>	p.6
A)Récit de situation complexe et authentique.....	p.6
B)Analyse.....	p.8
<b>Méthode.....</b>	p.10
<b>Résultats.....</b>	p.12
A)Définitions.....	p.12
1)Ivresse.....	p.12
2)Consommation à risque.....	p.12
3)Consommation nocive.....	p.12
4)Alcoolodépendance.....	p.13
B)Epidémiologie.....	p.14
C)Complications liées à l'alcool.....	p.15
1)Morbi-mortalité.....	p.15
2)Impact social.....	p.15
D)Recommandation française de la consommation d' alcool.....	p.17
E)Recommandations sur les outils de la prise en charge.....	p.19
1)Dépistage, repérage.....	p.20
2)Évaluation du trouble de la consommation d'alcool.....	p.21
3)Méthodes thérapeutiques.....	p.22
a)Non médicamenteuses.....	p.23
b)Médicamenteuses.....	p.24
c)Centres spécialisés.....	p.27
F)Obstacles à l'efficacité des thérapeutiques.....	p.28
1)Obstacles liés à la représentation sociétale de l' alcool.....	p.28
2)Obstacles liés au patient.....	p.29
3) Obstacles liés au médecin.....	p.30
<b>Discussions.....</b>	p.33
<b>Conclusion.....</b>	p.36
<b>Bibliographie.....</b>	p.37

## **LEXIQUE**

AE : Avis d'experts AMM : Autorisation de mise sur le marché

APA : American Psychiatric Association

API : Alcoolisation Ponctuelle Importante

AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test

BZD : Benzodiazepine

CDT : Transferrine Carboxy Déficiente

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CepiDC : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès.

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manuel of Mental disorders, 5eme édition

EtG: Ethyl Glucuronide

GGT : Gamma Glutamyl Transférase

GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation

IC: Intervalle de confiance

INCa : Institut National du Cancer

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

MG: Médecin Généraliste

OFDT: Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RdRD : Réduction des Risques et des Dommages

RTU : Recommandation Temporaire d'Utilisation

SFA : Société française d'addictologie

SPF: Santé Publique France

TUA : Troubles de l'usage liés à l'alcool

VGM : Volume Globulaire Moyen

# INTRODUCTION

## A. Récit de situation complexe et authentique

Cette situation se déroule en cabinet de médecine générale, lors de mon stage en 4eme semestre de DES de médecine générale.

Je reçois en autonomie et pour la première fois en consultation M.P, 41 ans, accompagné d'une personne qui me dit être sa nouvelle amie. Dans son dossier informatique est mentionné pour seul antécédent rapporté une dépendance à l'alcool. Les motifs des quelques consultations antérieures sont uniquement pour des pathologies aigues « *traumatisme* », « *érysipèle* », « *syndrome grippal* », « *accident de travail* », « *entorse* ». Ce jour, il me dit venir pour de la fièvre. Son amie poursuit l'échange: « *Ça a commencé vendredi, il y a 3 jours. Mais c'est surtout hier. J'ai appelé SOS médecin car il était bizarre. Il a mis trois couverts à la place de deux, il n'était pas dans son état, il disait n'importe quoi. C'est pas normal. Il m'a fait peur hier, je ne l'ai jamais vu comme ça. Après la nuit s'est bien passé mais SOS médecin nous a dit de venir vous voir pour suivre*

 ».

M. P ne se souvient pas de l'épisode, mais se sent mieux. Il m'explique que SOS médecin l'a mis sous "*antibiotique pour les urines*" car il avait des brûlures urinaires. Il a commencé son antibiothérapie la veille et a transmis l'ECBU au laboratoire le matin de ma consultation.

Le motif qu'est la confusion fébrile m'inquiète car il s'associe dans mon esprit à un diagnostic grave, mais cela contraste avec l'aspect de M. P, certes fatigué, mais alerte. À l'examen M.P est orienté dans le temps et dans l'espace. Il est fébrile à 38,7, ne présente pas de sueurs, pas de tachycardie. Ses constantes sont bonnes Ses propos sont cohérents, il n'a pas de céphalées.

Devant un tremblement important des extrémités je lui demande si il a consommé de l'alcool récemment. «*Non, depuis 3 jours je suis trop K.O, je consomme plus une goutte. En plus c'est pas bon avec les antibiotiques*».

« *Combien de verres buvez-vous?* », je lui demande,

« *C'est pas toute la journée, je peux pas trop au travail, c'est le soir pour dormir autrement cogite trop.* ».

« *Et le soir vous consommez à peu près combien de verres ?* »

« *Une bouteille de Whisky autrement je ne dors pas* ».

Compte tenu de cette consommation d'alcool et un examen clinique rassurant, j'oriente mon diagnostic vers un sepsis non sévère d'origine urinaire, associé à un syndrome de sevrage expliquant l'épisode confusionnel de la veille. Dans ce sens, j'explique à M. P que je lui prescris une benzodiazepine pour les signes de sevrage, je lui demande de faire une prise de sang en ville en urgence pour éliminer d'autres étiologies à cet épisode de confusion (hyponatrémie, hypoglycémie..), et je prévois une consultation de suivi 48H plus tard. En lisant l'ordonnance M. P réagit en voyant le nom "Oxazepam". Il le connaît bien car il en a déjà pris lors d'un précédent arrêt de l'alcool. En partant, il me demande si la prise de sang est «*bien utile*» car il se sent mieux.

Lors de la rétroaction de ma journée avec mon maître de stage, je mentionne que l'épisode de confusion fébrile m'a mis mal à l'aise. Il m'explique qu'il aurait effectué la même prise en charge, mais, connaissant bien M.P, il doute qu'il fera la prise de sang et reviendra: "*C'est un patient peu observant, il ne fait jamais les prises de sang que je demande. Il ne veut pas se soigner*".

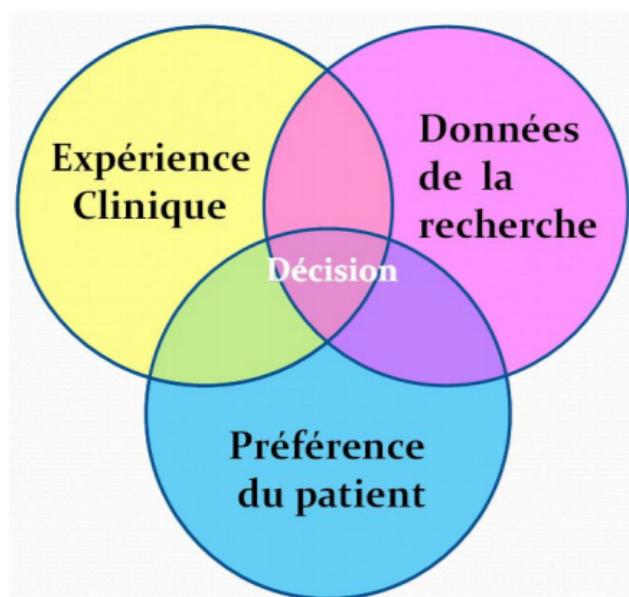
Le lendemain, la secrétaire m'apprend que M. P est hospitalisé pour une méningite herpétique. Je suis abasourdi et angoissé d'être passé à côté du diagnostic. Durant plusieurs semaines je suis sur la défensive lors des consultations pour fièvre importante. Cela résonne avec les enseignements des urgences adultes où les médecins seniors nous alertaient sur la prise en charge des patients alcoolo-dépendants en situation aigüe.

En demandant des nouvelles à mon maître de stage, j'apprends que M.P est sorti d'hospitalisation après 3 semaines, sans séquelles. 4 mois après l'épisode, M.P consulte à nouveau mon maître de stage pour un motif de fièvre, liée à une bronchite. Il continue à consommer une bouteille de whisky le soir pour ses insomnies, et a refusé la prise en charge addictologique proposée à l'hôpital.

## B. Analyse de la situation

Cette situation m'a marqué d'une part car je n'ai pas pris la bonne décision « à chaud », et d'autre part par le désemparement de mon maître de stage face à ce patient non observant. Ces deux questionnements m'ont obligé à réfléchir à distance « à froid », à cette situation plutôt courante en médecine générale.

Il ne s'agissait pas pour autant d'établir un diagnostic (ménингite herpétique), mais d'hospitaliser le patient en soupçonnant un diagnostic potentiellement grave ou en demandant expressément des examens complémentaires compte tenu des comorbidités et de la recommandation en cas de confusion fébrile (que je connaissais mais pour laquelle j'ai été influencé par l'évolution « favorable » trompeuse de la situation clinique). Le processus ayant amené à une prise de décision inadaptée, sans conséquence pour le patient, objective la complexité de cette situation que je vais analyser avec l'outil conceptuel « EBM » :



- Éléments de l'expérience clinique :

- Premier contact avec le patient,
- Absence de connaissance du patient « hors contexte de fièvre/sain »,
- Premier contact médical avec un autre médecin (SOS),
- Non connaissance des examens urinaires prescrits au moment de la rencontre soin,
- Apparence clinique faussement rassurante du patient (l'épisode confus étant résolu)

- Éléments des données de la recherche :

- « Flou » d'une situation infectieuse insuffisamment documentée pour un diagnostic de certitude,

- Multiples hypothèses diagnostiques possibles avec peu de signes patent pouvant orienter vers un organe ou un appareil,
  - Situation gérée en soins primaires ne permettant pas de bénéficier d'examens complémentaires immédiats.
- Préférence du patient:
- Banalisation de la situation par le patient
  - Patient connu pour être peu investi dans la prise en charge de sa santé

La richesse et la variété des symptômes et des troubles induits par la prise aiguë ou chronique d'alcool rend difficile bien souvent la démarche médicale lors d'une consultation de médecine générale. Que ce soit pour une demande non programmée aiguë ou pour un suivi, la présentation du patient alcoololo-dépendant, lors d'un premier contact ou non, peut être trompeuse pour le médecin généraliste. En situation aiguë comme celle-ci (où une décision rapide et juste doit être prise) l'incertitude doit être réduite au maximum et le recours à l'hospitalisation facile (pour éviter de faire perdre une chance au patient). Pour autant ces situations restent rares devant les situations les plus fréquentes de suivi de patients chroniques avec une alcoololo-dépendance et l'impuissance ressentie par le médecin pour sa prise en charge.

Ces rencontres opportunes pour évoquer l'addiction sont difficiles, ces patients consultant de façon sporadique et souvent avec un motif aigu, loin de leur problème chronique. C'est pourquoi je me suis intéressé dans mon travail à étudier comment mieux aider ces patients, en repérant d'une part la gravité de leur intoxication et d'autre part en adaptant ma prise en charge de leur addiction aux données actualisées de la science.

L'objectif de notre travail sera de faire un état des lieux des connaissances médicales sur ces questions et de proposer une aide décisionnelle pour le médecin généraliste.

## MÉTHODE

Il s'agit d'une revue de littérature explorant les définitions, les recommandations et les outils dans la prise en charge de l'alcoolo-dépendance.

Pour effectuer ce travail de recherche sur la prise en charge de l'alcoolo-dépendance, nous avons utilisé comme point de départ 3 textes de recommandations. Ces textes sont les recommandations américaines 2017 de l'APA: "*Pratitionnal Guideline For The Pharmacological Treatment Of Patients With Alcohol Use Disorder*" (1), les recommandations française de la Société Française d'addictologie de 2015 "*Mésusage de l'alcool: Dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique*" (2), et les recommandations 2017 de Santé Publique France et de L'INCa "*Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France*" (3).

À partir de ces références, nous avons structuré une revue de la littérature suivant le plan suivant: définitions, épidémiologie, recommandations françaises de consommation, dépistage, prise en charge non médicamenteuse et médicamenteuse, et enfin les obstacles à cette prise en charge.

Pour chacune de ces parties, 3 bases de données ont été utilisées: PubMed, Cochrane, Google Scholar.

Lorsque les résultats étaient jugés suffisants, en nombre et en niveau de preuve (détermination arbitraire), nous avons sélectionné les articles postérieurs à l'enquête UKATT de 2010 (4). En cas de données jugées insuffisantes, il n'a pas été établi de date limite.

Du fait d'un faible nombre d'articles se référant uniquement à l'alcoolo-dépendance, la recherche a été élargie à l'ensemble des troubles de l'usage liés à l'alcool .

Le recueil de données a été effectué jusqu'au 15 août 2020.

➤ Pour les définitions :

Nous nous sommes référés aux bases de celles internationales de l'OMS 1992 et du DSM-5.

➤ Pour les données épidémiologiques :

Les sources principales retenues ont été les données de l'OFDT (5), et celles des recommandations 2017 de l'INCa (3). Pour la recherche sur la réduction du risque les mots clés utilisés furent: "Alcohol Reduced mortality risk/Réduction risque mortalité alcool".

PuMed: 1962 résultats, 12 sélectionnés

Cochrane: 69 résultats, aucun sur la réduction de la mortalité

Google Scholar: 4 articles sélectionnés

- Pour le dépistage et l'évaluation de la consommation les mots clés ont été :  
*"Dépistage mésusage de l'alcool"// "Alcohol Use Disorders Screening"// "CDT Alcohol"// "GGT Alcohol"// "MCV(VGM)Alcohol"// "AUDIT -C alcohol"// "Briefs intervention alcohol"* Pubmed: 11 111 articles. 21 articles sélectionnés  
Cochrane: 360 résultats. 8 articles sélectionnés  
Google scholar: 2 articles sélectionnés
- Pour la prise en charge non médicamenteuse ET médicamenteuse: les mots clés utilisés ont été :  
*"Prise en charge mésusage de l'alcool"// "Alcohol misuse management"// "Alcohol use disorder treatment"// "Prise en charge mésusage de l'alcool"// "Traitement mésusage de l'alcool"// "Nonpharmacological treatment alcohol"// "Thérapie motivationnelle mésusage alcool"// "Motivationnal Enhencement Thérapie Alcohol"// "Cognitive behavorial therapy alcohol"*  
Pubmed: 5090 articles. 6 sélectionnés  
"Pharmacothérapies alcohol"/"Acomprosate alcohol"/ "Naltrexone Alcohol"/"Nalmefene Alcohol"/"Disulfiram Alcohol"/ "Baclofene Alcohol". " Pubmed: 54663 articles. 9 sélectionnés  
Cochrane: 34 résultats. 7 sélectionnés  
Google scholar: 3 sélectionnés
- Pour les obstacles à la prise en charge les mots clés ont été :  
*"Alcohol treatment barriers"// "Obstacle prise en charge alcool"// "Médecin généraliste alcool"// "Général Practionner Alcohol"*  
Pubmed: 6485 articles. 3 retenus  
Cochrane: 0 résultats:  
Google scholar: 4 retenus

Dans chaque partie, le nombre total d'articles peut être faussement majoré par la redondance des résultats. Par exemple un article analysant à la fois les GGT et le CDT sera compté 2 fois car présent lors des recherches des mots clés "GGT alcohol" et "CDT alcohol"

# RÉSULTATS

Il n'existe pas une façon de consommer de l'alcool, mais plusieurs. Pour éclaircir la présentation qui suit, voici les définitions de quelques termes qui concernent le mésusage de l'alcool : l'ivresse aigue, l'API, la consommation à risque, l'usage nocif, la dépendance, les troubles de l'usage de l'alcool (TAU).

## A. Définitions (Selon OMS 1992)

### 1) L'ivresse:

Intoxication produite par l'alcool et causant des perturbations dans l'adaptation nerveuse et la coordination motrice. Et ce, même si les quantités d'alcool absorbées sont très faibles. L'ivresse est à différencier des API (alcoolisation ponctuelle importante) définie par l'OMS comme consommation de > 60g d'alcool en une occasion.

### 2) La consommation à risque :

Elle est définie par l'OMS comme: « toute conduite d'alcoolisation [...] non encore associée à un quelconque dommage d'ordre médical, psychique ou social (dépendance incluse), mais susceptible d'en induire à court, moyen et/ou long terme »

Elle correspond à une consommation chiffrée par l'OMS :

- Plus de 4 verres soit 40g (1 verre mesure 10g) par occasion pour l'usage ponctuel chez l'homme et 20g chez la femme .
- Plus de 21 verres chez l'homme, 14 verres chez la femme, par semaine pour l'usage régulier.

Elle correspond également à une consommation non chiffrable, effectuée dans des situations à risque : Conduite, travail, femme enceinte...

### 3) La consommation nocive

Elle est la conséquence de la première consommation avec apparition des lésions physiques psychiques, sociales et/ou professionnelles. Elle correspond à une consommation chiffrée par l'OMS :

- Plus de 40 g par jour pour les femmes
- Plus de 60 g par jour pour les hommes

#### 4) Alcoolo- Dépendance :

Est toute conduite d'alcoolisation caractérisée par la perte de la maîtrise de la consommation. Dans le DSM5, elle s'intègre à la définition suivante de la dépendance:

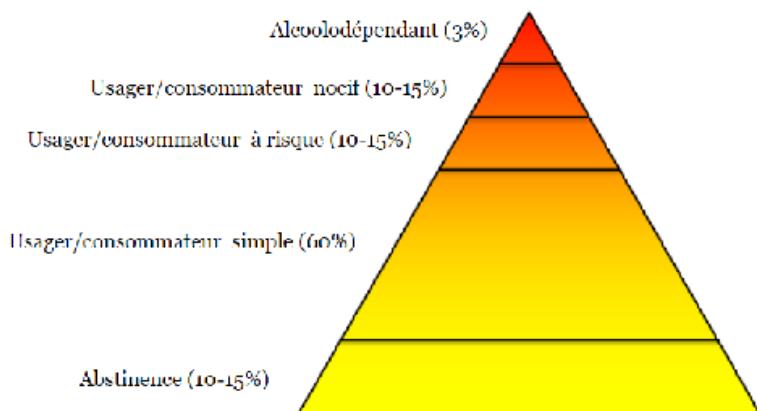
- Le produit est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
- Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer l'utilisation du produit.
- Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir le produit, utiliser le produit ou récupérer de leurs effets.
- Craving.
- Utilisation conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures.
- Utilisation du produit malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux.
- Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites.
- Utilisation répétée du produit dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
- L'utilisation du produit est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance.
- Tolérance.
- Sevrage

Dans le DSM-5, l'alcoolo-dépendance et l'usage nocif entrent dans les troubles liés à l'usage de l'alcool (TUA).

- La présence de 2 à 3 critères de la dépendance correspond à un trouble (TUA) léger,
- La présence de 4 à 5 critères correspond à un trouble modéré,
- La présence de 6 critères ou plus est associé à un trouble sévère.

Le non-usage, l'usage social, l'usage à risque, l'usage nocif , la dépendance à l'alcool s'inscrivent dans un continuum représenté dans la pyramide de Skinner.

## Pyramide de Skinner



### B. Épidémiologie

En quelques chiffres sur la morbi-mortalité (5):

- L'alcool est responsable de 41000 décès (2015) : 14% des décès masculins, 3% féminins. (Chiffres INSERM).
- 9,7% des 15-75 ans déclarent avoir eu une consommation quotidienne d'alcool. (2014)
- 19,1% des Français déclarent une ivresse dans l'année. 3,8% au moins 10 ivresses dans l'année (Etude Barometre 2014)
- 8,3% une alcoolisation ponctuelle importante (API, définie par le seuil de consommation nocive selon l'OMS de 60g en une occasion.). 5% ont eu une API quotidienne. (2014)
- L'alcool est le troisième facteur de risque le plus important entraînant des pathologies et des décès prématurés.
- Cause d'une soixantaine de pathologies et de traumatismes, dommages sociaux, mentaux
- Augmentation de 25 % du risque de décès chez les hommes d'âge moyen issus de groupes socio-économiques défavorisés, comparativement aux hommes appartenant à des groupes plus aisés.

En quelques chiffres sur le retentissement sur le système de santé :

- 900 000 hospitalisations associées à un trouble lié à l'alcool dont 133 000 en centre spécialisé pour l'alcool. 147 000 hospitalisations conventionnelles étiquetées en diagnostic principal de trouble lié à la consommation . 97 000 en trouble du sevrage (2011)

- Dans la pratique de ville : 51% des médecins généralistes ont pratiqué au moins 1 consultation de sevrage lors des 7 derniers jours. En chiffre absolu : 54000 consultations de sevrage par semaine.
- 90% des médecins généralistes prennent en charge leurs patients ayant un mésusage de l'alcool (2009) dont 76% sans autres intervenants. (4)
- Coût médicaux: 2 à 3 milliards d'euros par an.
- Surcoût social (arrêt de travail, dispositif de prévention...) 17 milliards d'euros (1999). Ces coûts sont en lien avec les complications, listées ci-après, pouvant survenir lors du mésusage de l'alcool.

### **C. Les complications liées à l'alcool. (3;6)**

Le mésusage (en consommation aigue et chronique) entraîne des complications somatiques, psychiatriques, voire sociales. Voici une liste non exhaustive.

#### 1) Morbi-mortalité

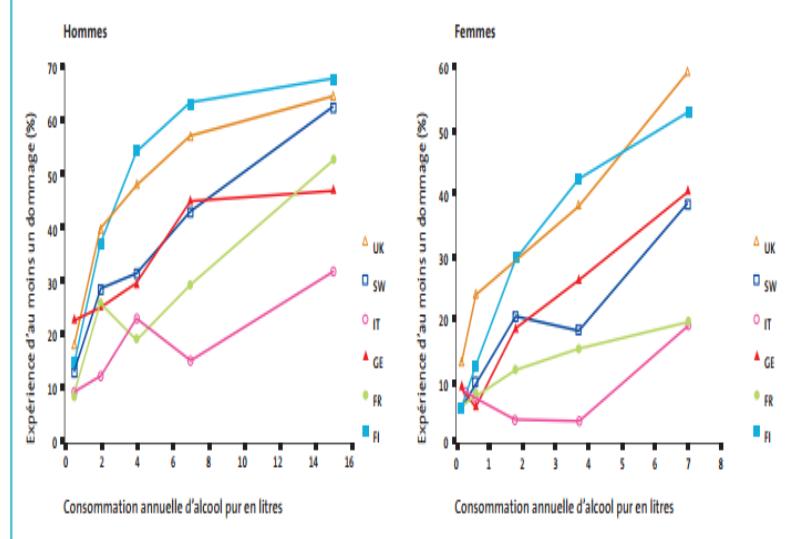
- Accidents
- Violence, agressions, suicides
- Cancers : ORL, digestif, sein, etc...
- Hépato-Digestives : hépatique et pancréatique
- Neurologiques
- Cardio-Vasculaires
- Immunitaires/Infectieuses
- Métaboliques dont diabète
- Foetopathies
- Dépression, trouble anxieux

#### 2) Impact Social

- Précarité, difficultés professionnelles
- Isolement, marginalisation
- Infraction à la loi

Les risques physiques et sociaux sont corrélés proportionnellement à la quantité d'alcool consommée. (7;8;9;10;11)

**Figure N°4.1** Augmentation du risque de survenue d'au moins une conséquence sociale négative (participer à une bagarre, porter atteinte à la vie familiale, au mariage, au travail, aux études, aux amitiés ou à la vie sociale) en fonction de la consommation annuelle d'alcool pour les pays européens suivants : UK Grande Bretagne, SW Suède, IT Italie, GE Allemagne, FR France, FI Finlande. Source : Norström et al., 2001.



(II)

Mais l'alcool peut aussi avoir, pour de faibles consommations, des effets positifs : effets positifs perçus par le consommateur, ainsi que sur la morbi-mortalité.

**Tableau N°4.6** Effets bénéfiques de l'alcool sur la santé

		Résumé des résultats
Bien-être social	<i>Sensations et expériences positives</i>	Observées dans les études en population générale Influencées par la culture, le contexte dans lequel la consommation a lieu et les attentes des buveurs concernant les effets de l'alcool.
	<i>Santé subjective</i>	Une faible consommation de vin, mais pas de bière ni de spiritueux, est associée à une auto perception de bonne santé, comparativement aux non-buveurs et aux buveurs excessifs. La part des facteurs autres que l'alcool dans cette auto perception demeure incertaine.
Troubles neuro-psychiatriques	<i>Fonctionnement cognitif et démence</i>	Une faible consommation d'alcool peut réduire le risque de démence d'origine vasculaire, alors que les effets sur la maladie d'Alzheimer et les troubles cognitifs restent à démontrer : certaines études démontrent qu'il existe un effet bénéfique, d'autres non.
Troubles gastro-intestinaux, métaboliques et endocrinien	<i>Lithiasies</i>	Il existe des données selon lesquelles l'alcool réduirait le risque de biliaires, bien que ce résultat ne soit pas observé dans toutes les études.
	<i>Diabète de type 2</i>	La relation avec le diabète de type 2 semble suivre une courbe « en U », où les faibles doses diminuent le risque comparativement aux abstiens et les doses plus importantes augmentent le risque. Toutes les études ne trouvent pas de diminution du risque liée à une faible consommation d'alcool.

(II)

	<i>AVC ischémique</i>	De nombreuses études isolées ont démontré qu'une faible consommation d'alcool réduisait le risque d'AVC ischémique. Pourtant, la revue systématique de toutes ces études n'a pas permis de démontrer clairement un effet protecteur.
Pathologies cardiovasculaires	<i>Coronaropathies</i>	Une méta-analyse regroupant 51 études et 28 études de cohortes de bonne qualité a montré qu'une consommation de 20 g/jour est corrélée à une réduction du risque de coronaropathies de 20 %. Cet effet est moins important et intervient à des niveaux de consommation plus faibles dans les études de bonne qualité. Bien que le lien entre la consommation d'alcool et le risque de coronaropathie soit biologiquement plausible, il n'en reste pas moins que cet effet ou au moins une partie de cet effet pourrait être expliquée par des problèmes d'évaluation de la consommation d'alcool et des facteurs n'ayant pas été contrôlés de manière adéquate dans toutes les études et pouvant biaiser les résultats.
Pathologies du squelette		Des données semblent indiquer que les femmes consommant de l'alcool à faible dose ont une masse osseuse plus élevée que les femmes qui n'en consomment pas.
Mortalité globale		Chez les personnes âgées, de faibles doses d'alcool réduisent le risque global de mortalité comparativement à celles qui ne boivent pas. Le risque le plus faible de mortalité globale (nadir) est retrouvé pour une consommation de 4 g par jour chez les femmes âgées de 65 ans ou plus et à 11 g par jour chez les hommes âgés de 65 ans et plus.

(II)

## D. Recommandations Françaises de la consommation d'alcool. (3)

En 2017 de nouvelles recommandations françaises sont proposées par un groupe de 22 experts ne déclarant pas de conflit d'intérêt (pas de travail d'influence publique ni de fonction dans l'industrie ou association liée à l'alcool)

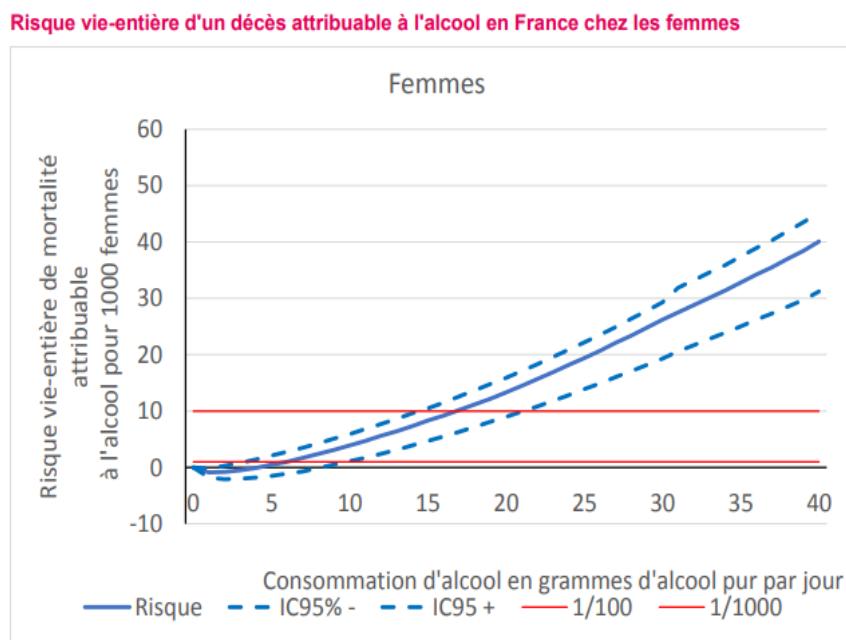
Le point clé est « Toute consommation d'alcool comporte des risques pour votre santé ». Ce message prend en compte l'usage à risque, contrairement à l'ancienne formule « l'abus d'alcool est dangereux pour la santé ».

Ces recommandations sont:

- Pas plus de 10 verres standards par semaine et pas plus de 2 verres par jour pour les hommes et les femmes (plus bas que les recommandations OMS).
- Avec des jours dans la semaine sans consommation.
- Boire lentement, en mangeant et en alternant avec de l'eau.
- Pour les populations à risque (femmes enceintes, adolescent, activités à risque) : Pas d'alcool.
- Avec pour argumentation que pour une consommation de 15g/j «vie entière» pour les femmes, et de 25g/j pour les hommes, le risque absolu de mortalité imputable à l'alcool est estimé à 1%.

Leurs travaux analytiques s'appuient sur des bases de données statistiques pré existantes, dont ils tirent une évaluation de la mortalité.

I FIGURE 5 I



(3)

Bien que la base de données soit importante, deux facteurs font que les résultats sont contestables :

- Il s'agit d'une morbi-mortalité imputable, théorique. Donc très fluctuante en fonction de la méthodologie. (rapport de la Cour des comptes 2016) (12)
- La base de données se constitue d'études hétéroclites, mélangeant les différents modes de consommation (API, alcoolo-dépendance, usage nocif).

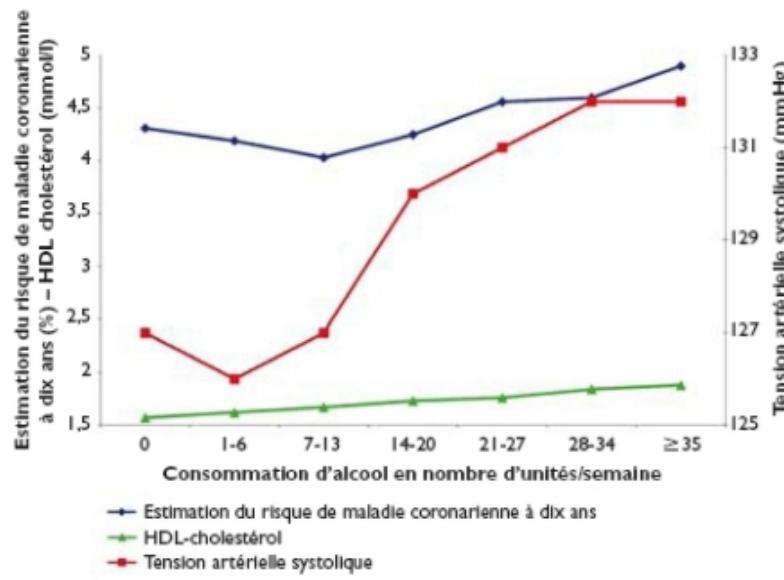
Les auteurs notent un possible effet protecteur pour les faibles consommations (de l'ordre de 0 à 5g/j, ou 30g d'alcool par semaine) qu'ils rattachent à la diminution de la mortalité cardiovasculaire dans la mortalité totale, avec une baisse estimée à 31 % du nombre de décès attribuables aux maladies cardiovasculaires (780 381 décès au lieu de 1 128 273 décès). (5)

La réduction du risque la plus importante serait obtenue avec une consommation moyenne de 10 g d'alcool un jour sur deux. Au-delà de 20 g d'alcool par jour, le risque de coronaropathie augmente. (4)

(3)

Mais il n'existe pas de consensus sur l'importance exacte de cette réduction ni sur la quantité d'alcool à corrélérer à une réduction maximale de ce risque (8;14;15;16;). Les études sont contestables d'un point de vue épidémiologique, notamment du fait du biais de classification des "abstinentes". En effet, les "abstinentes" ne sont pas définis dans de nombreuses études et leur groupe est souvent composé d'ancien consommateur d'alcool à risque ou nocif. (17,18,19,20;21)

Voici l'exemple d'un problème méthodologique avec l'étude ci-dessous sur l'effet cardio-protecteur de l'alcool, contestable car utilisant des indicateurs intermédiaires de la cardio-protection : HDL et tension artérielle.



(22)

## E. Recommandations sur la prise en charge

L'abstinence a longtemps été considérée comme le seul objectif de consommation. Mais depuis quelques années, notamment après les résultats de l'enquête UKATT réalisée en Grande-Bretagne en 2010, ce paradigme a changé. L'objectif de réduction de la consommation, utilisée dans la prise en charge de dépendance à d'autres substances dans le cadre de la réduction des risques et des dommages (RdRD) (23), fait partie intégrante de la prise en charge de l'alcoolo-dépendance. Actuellement on considère que toute réduction significative de la consommation d'alcool est susceptible d'apporter un bénéfice (2)

## 1) Le dépistage, repérage

Dans le cadre d'un dépistage primaire, il est recommandé d'interroger l'ensemble des patients, et ne pas cibler ceux à risque (2), car aucune étude ne montre que le dépistage systématique provoque des effets indésirables (2).

La méthode repose sur des tests standardisés dont le test Audit C de l'OMS qui permet de repérer les consommations d'alcool nocives et à risque en médecine générale pour un score supérieur ou égal à X, avec X=3 chez la femme et X=4 chez l'homme (sensibilité 74-76%; Spécificité 80-83%) (2;24). Il ne nécessite que 1 à 2 minutes à être réalisé. (25)

**Figure N°Az Questionnaire Audit-C**

1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

- (0) Jamais
- (1) 1 fois par mois ou moins
- (2) 2 à 4 fois par mois
- (3) 2 à 3 fois par semaine
- (4) Au moins 4 fois par semaine

2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

- (0) 1 ou 2
- (1) 3 ou 4
- (2) 5 ou 6
- (3) 7 à 9
- (4) 10 ou plus

3. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?

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

Pour le dépistage, les tests biochimiques ne sont pas recommandés car peu sensibles ou peu spécifiques :

- GGT : Ils ont une sensibilité de 30 à 50%, une spécificité de 40 % à presque 90 %  
(11) Mais il est le premier marqueur à augmenter en cas d'atteinte hépatique induite par l'alcool.
- VGM: Il a un sensibilité inférieure à 50 %. (11) En médecine générale, le VGM détecte moins de 20 % des buveurs excessifs (11). Sa spécificité est supérieure à 90 %
- CDT: Pour une valeur seuil de 1,7%, sa sensibilité est de 50 à 70%, sa spécificité de 95 à 98%. (1)

En revanche ces examens prescrits pour d'autres investigations, le VGM et, dans une moindre mesure, le GGT peuvent permettre de dépister certains patients. (2)

En ce qui concerne l'éthyl glucoronide (EtG) ou le phosphatidylethanol (PEth), autres marqueurs pouvant être analysés à partir de cheveux ou des urines, il sont non utilisés en France.

## 2) Évaluation du trouble de la consommation d'alcool

Une fois le dépistage du mésusage effectué, plusieurs tests sont utilisables (test Audit, test Audit C, le test Fast, le questionnaire Cage/Deta, etc...) pour orienter vers une consommation à risque, nocive ou une alcoolo dépendance. Il peut être complété par le score Audit dont les 3 premiers items constituent le test Audit-C

Les valeurs-seuils du score à l'Audit sont de (11) :

- entre 7 et 12 les scores sont en faveur d'une consommation d'alcool à risque ou nocive.
- Les scores de 13 ou plus évoquent une alcoolo-dépendance

Tableau 7.I : Association des niveaux d'intervention aux niveaux de risque (20)

Niveau de risque	Critères	Intervention	Rôle du médecin généraliste
Faible risque	Consommation d'alcool (grammes/semaine) < 210 pour les hommes Questionnaire AUDIT < 7 pour les hommes	Prévention primaire	Éducation pour la santé, renforcement
	Questionnaire AUDIT-C < 6 pour les femmes < 4 pour les hommes < 3 pour les femmes		
	Questionnaire FACE** < 5 pour les hommes < 4 pour les femmes		
À risque	Consommation d'alcool (grammes/semaine) ≥ 210 pour les hommes ≥ 140 pour les femmes*	Conseils	Repérage, évaluation, intervention brève
	Questionnaire AUDIT 7-12 pour les hommes 6-12 pour les femmes		
	Questionnaire AUDIT-C 4-10 pour les hommes 3-10 pour les femmes		
	Questionnaire FACE** 5-8 pour les hommes 4-8 pour les femmes		
À problèmes	Présence d'un ou plusieurs dommages	Conseils, intervention brève et surveillance régulière	Repérage, évaluation, intervention brève, suivi
Alcoolo-dépendance	Critères CIM-10 ou DSM-IV	Traitement spécialisé	Repérage, évaluation, orientation, suivi
	Questionnaire AUDIT ≥ 13		
	Questionnaire AUDIT-C ≥ 10		
	Questionnaire FACE** ≥ 9		

\* Toute consommation chez la femme enceinte, l'adolescent de moins de 16 ans ou chez la personne souffrant d'une pathologie ou suivant un traitement est déconseillée.

\*\* Le questionnaire FACE (Formule pour apprécier la consommation par entretien) a été établi et validé en français pour repérer les consommations excessives d'alcool (Arfaoui S, Dewost AV, Demortière G, Abesdris J, Abramovici F, Michaud P. Repérage précoce du risque alcool : savoir faire "FACE". Rev Prat Med Gen. 2004 ; 641 : 201-5.

(2)

### 3) Les méthodes thérapeutiques

De nombreux traitements existent dans la prise en charge du mésusage de l'alcool.

Une méta-analyse américaine (26) comprenant 361 études liste différentes méthodes de prise en charge du mésusage de l'alcool (de manière non exhaustive), et leur efficacité. Pour chaque étude a été calculé un score d'efficacité (ou OLS pour outcome Logic score) multiplié par un score de méthodologie (ou MQS pour méthodologie Quality score). L'addition des scores de l'ensemble des articles étudiant une méthode a pour résultat le SPC pour score d'efficacité cumulée.

Plus le score est élevé, plus la force de démonstration de l'efficacité du traitement augmente. Les résultats résumés dans le tableau ci dessous ne sont donc pas une comparaison des différentes méthodes entre elles.

**Tableau N°9.2 Efficacité des traitements des consommations d'alcool à risque ou nocives**  
Source : Miller & Wilbourne (2002).

Modalité de traitement	SPC	N	Modalité de traitement	SPC	N
1. Interventions brèves	390	34	25. Lithium	-32	7
2. Renforcement motivationnel	189	18	26. Thérapie de couple non comportementale	-33	8
3. Agoniste du GABA (Acamprosate)	116	5	27. Psychothérapie de groupe	-34	3
4. Renforcement communautaire	110	7	28. Analyse fonctionnelle	-36	3
5. Guide d'autochangement (Bibliothérapie)	110	17	29. Prévention de la rechute	-38	22
6. Antagoniste des opiacés (par ex. la naltrexone)	100	6	30. Autocontrôle	-39	6
7. Autocontrôle comportemental	85	31	31. Hypnose	-41	4
8. Contrat comportemental	64	5	32. Médicament psychédélique	-44	8
9. Apprentissage de compétences sociales	57	20	33. Substance à effet antabuse (antidiipsotropic) - Calcium Carbimide	-52	3
10. Thérapie de couple comportementale	44	9	34. Attention Placebo	-59	3
11. Thérapie aversive, nausées	36	6	35. Agoniste de la sérotonine	-68	3
12. Gestion de patients	33	5	36. Traitement habituel	-78	15
13. Thérapie cognitive	21	10	37. Facilitation en douze étapes	-82	6
14. Thérapie aversive, sensibilisation	18	8	38. Alcooliques anonymes	-94	7
15. Thérapie d'aversion, apnée	18	3	39. Anxiolytiques	-98	15
16. Thérapie familiale	15	4	40. Thérapie environnementale	-102	14
17. Acupuncture	14	3	41. Substance à effet antabuse Métronidazole	-103	11
18. Relation d'aide centrée sur le patient	5	8	42. Antidépresseurs	-104	6
19. Thérapie aversive, électrique	-1	18	43. Vidéo de confrontation personnelle	-108	8
20. Exercice	-3	3	44. Relaxation	-152	18
21. Gestion du stress	-4	3	45. Relation d'aide conflictuelle	-183	12
22. Substance à effet antabuse - Disulfiram	-6	27	46. Psychothérapie	-207	19
23. Antidépresseurs - SSRI	-16	15	47. Informations générales sur l'alcool	-284	23
24. Résolution de problèmes	-26	4	48. Information (cassettes, lectures ou films)	-443	39

SPC = Score d'efficacité cumulée.

N = Nombre total d'études évaluant cette modalité.

Cette méta-analyse comprend des études englobant différents types de mésusage, de l'usage nocif à l'alcoolo-dépendance. Elle est réalisée en 2002, soit quelques années avant le changement du paradigme de prise en charge, avec l'introduction de l'objectif de réduction de la consommation.

De ce fait nous présenterons les méthodes issues de ce tableau ayant le plus de preuves d'efficacité, ainsi que d'autres thérapeutiques non mentionnées dans cette méta-analyse, ayant été testées après 2002.

### a) Les méthodes non médicamenteuses

#### ➤ L'intervention brève :

Elle est définie par sa durée courte. Elle est réalisée par un médecin généraliste (ou un autre médecin de spécialité d'organe) et a pour objectif de réduire la consommation à un niveau non dangereux.(2)

Les conseils délivrés par le soignant sont fructueux pour un patient sur huit (25). Une intervention brève chez 282 patients pourrait prévenir un décès par an.

Les études définissent de façon différente l'intervention et la population, de ce fait il n'y a pas une intervention type. Il n'existe pas de durée fixe, elle varie selon les études. Elles peuvent être d'une ou plusieurs consultations

Une durée de 5 minutes semble déjà efficace (25), et les interventions brèves de 20-30 minutes n'ont pas montré de supériorité sur les interventions plus brèves (25)

Trois éléments semblent importants dans ces interventions: la restitution aux patients des résultats du test de repérage, la relation d'aide et l'établissement en commun de l'objectif à atteindre. (2)

Selon les études l'Intervention Bref s'adresse aux consommateurs dont la consommation est à risque ou nocive, ne cherchant pas à modifier leur consommation (11;27), mais pas aux alcoolo-dépendants. D'ailleurs l'OMS, propose les Interventions Brèves pour un score AUDIT entre 7 et 12 ou ceux qui consomment 25 grammes d'alcool par semaine.

Elle aide les médecins dans leur prise en charge (28), et bien qu'elle semble efficace sur la prise en charge (29), la qualité des études est médiocre (30)

#### ➤ L'Entretien motivationnel (Miller, 1983) :

Il est défini comme un type de relation d'aide directive, centrée sur le patient. Il se base sur le fait que des niveaux élevés d'implication sont prédictifs de succès à l'abstinence. Cette implication est dépendante de la motivation du patient et de son ressenti du traitement

Il y a quatre grands principes qui sous-tendent l'entretien motivationnel (31;32): exprimer de l'empathie, créer la dissonance (montrer l'ambivalence du patient), « rouler » avec la résistance et encourager l'efficacité personnelle.

Elle semble efficace sur la quantité d'alcool consommée. (33)

Une fois l'initiation de la prise en charge, le suivi est recommandé mais il n'existe pas de procédure de suivi standardisée, avec une absence de données de la littérature scientifique retrouvée concernant cette question. Néanmoins la restitution des examens parmi lesquels l'utilisation des GGT transmis au patient dans le cadre de l'entretien motivationnel permet une réduction significative des arrêts maladie, du nombre de jours d'hospitalisation (2)

➤ Les autres Psychothérapies :

Depuis l'instauration de la notion de Craving dans le DSM-5 en 2013, la prise en charge actuelle se concentre sur cette facette de la dépendance (34;35;36) .

➤ Parmi les traitements ne semblant pas efficaces il s'agit des méthodes destinées à enseigner, confronter, favoriser l'introspection, la relaxation, la participation obligatoire aux réunions des Alcooliques Anonymes. (26)

b) Les méthodes médicamenteuses

En 2013 80% des généralistes prescrivent des médicaments lors d'un sevrage de l'alcool (37). Pour la majorité il s'agit : de benzodiazépines et des antidépresseurs; puis sont prescrits le baclofène (59% des MG) la naltrexone, le disulfirame (31% des MG). Le baclofène est prescrit en renouvellement d'une ordonnance par 15% des MG ; à la demande du patient par 11% des MG dans l'optique d'une réduction des risques.

➤ Les Benzodiazépines (BZD) :

Synthèse de 64 études : Ils sont efficaces dans la prévention du syndrome de sevrage (grade A). (2;38). Il faut privilégier les demi-vies longues : Diazépam en première intention . Deux schémas sont proposés (2) :

- Prescription de doses fixes réparties sur 24 heures La posologie est réduite progressivement. Il est conseillé de limiter le traitement de cinq à dix jours.

- Prescription personnalisée adaptée aux symptômes : soumise au score de sevrage (Cushman).

Hors sevrage thérapeutique, les BZD sont à éviter chez un patient souffrant d'un mésusage de l'alcool.

Nous n'avons pas retrouvé d'études démontrant que l' Oxazepam entraîne moins d' effets secondaires chez les patients à risque hépatique que les autres benzodiazépines.

➤ L'Acamprosate :

L'Acamprosate a une efficacité supérieure au placebo pour le maintien de l'abstinence, le nombre de jours sans alcool, et le risque de rechute à 3 et à 12 mois après sevrage (grade A) (39). Avec une augmentation de l' abstinence de 18 à 45% vs 5 à 25% sous placebo.(39) Il est donc modérément efficace.

Il doit être débuté moins d'une semaine après la fin du sevrage

Son efficacité limitée est retrouvée dans plusieurs méta-analyses (40;41;42), elle n'est pas retrouvée dans une méta-analyse de 2017 (43)

➤ Naltrexone :

Il diminue les reprises et les rechutes alcooliques (grade A), réduit davantage le craving et les jours de fortes consommations que l'acamprosate (grade A) (9). est modérément efficace (39). La Naltrexone est prescrite après le sevrage (25 puis 50 mg/j en une prise). La durée de prescription est de trois mois (AMM).

Il n'existe pas de preuves suffisantes pour choisir plutôt l'Acamprosate que la Naltrexone. (2)

Le nombre de patients à traiter pour prévenir une rechute, même modérée, est de 12 avec l'acamprosate et de 20 avec la naltrexone orale 50 mg/j Le nombre de patients à traiter pour éviter la reprise d'une forte consommation est de 12 pour l'Acomprosate et de 19 pour le Naltrexone (39)

Cependant leur utilisation est sensiblement différente, avec l' Acomprosate qui s'adresse à des patients ayant déjà débuté leur sevrage, tandis que le Naltrexone accompagne le patient dès l'initiation du sevrage (JAMA 2018)

➤ Le Disulfirame :

Il est à l'origine de l'effet antabuse . En deuxième intention après l' Acamprosate ou la Naltrexone. Il n'a pas d'effet sur l'abstinence durable (41)

Il doit être pris à distance de la dernière consommation d'alcool (24h minimum, à la dose de 250 à 500 mg/j en une prise). Le suivi est bimensuel pendant deux mois puis mensuel pendant quatre mois et au moins biannuel ensuite (AE, Avis d'experts) (2).

➤ Le Nalméfène :

Seul indiqué dans la réduction de la consommation chez les patients alcoolodépendants. Le traitement est pris mais à la demande, chaque jour où le patient anticipe un risque de consommation d'alcool. Il n'a pas l'autorisation de mise sur le marché aux États-Unis. (44) Son efficacité est discutée (43;44;45)

➤ Les anti-dépresseurs :

Les dépressions sont fréquentes (80 % des patients alcoolodépendants dont 67 % au début du sevrage), mais seules 10-15 % persistent après un sevrage (2).

Il est préconisé de vérifier la persistance des symptômes dépressifs deux à quatre semaines après le sevrage avant d'introduire un antidépresseur. (AE).

➤ Le Baclofène : (46,47;48;49)

En 2013 le baclofène était prescrit en renouvellement d'une ordonnance par 15% des MG , à la demande du patient par 11% des MG (37).

2 grandes études françaises récentes ont été réalisées pour vérifier son efficacité.

- L' étude Bacloville dont la méthodologie porte sur 1 an de traitement en ambulatoire à une dose de baclofène comprise entre 15 mg/j et 300 mg/j incluant 320 patients.

-L'étude Alpadir qui utilise des doses de 180 mg/j dans l'aide au maintien de l'abstinence après sevrage chez des patients alcoolodépendants.

La posologie maximale de 300mg/j utilisée dans l'étude Bacloville et de 180mg/j pour l'étude Alpadir, a été bouleversée par la limitation de la posologie autorisée à 80mg/j en juillet 2017.

Cette modification fait suite aux résultats d'une étude à partir des bases de données reliées à celle du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) pour la période 2009 - 2015. Parmi 213 000 patients 9% avait une dose de Baclofène supérieure à 75mg/j. Un peu plus de 1% avait une dose supérieure à 180 mg par jour.

Pour des doses entre 75 mg/jour et 180 mg/jour, le risque d'hospitalisation est modérément augmenté, de 15% par rapport aux traitements de la dépendance à l'alcool mais le risque de décès est multiplié par 1,5 (pas de risque absolu noté, donc le résultat est à pondérer au risque de base). Au-delà de 180 mg/jour, l' hospitalisation est augmentée de 46% et le risque de décès est multiplié par 2,27. Ces données sont confirmées lors des résultats préliminaires de l'étude Bacloville.

Nous ne disposons pas de la publication concernant l'étude Bacloville

L'AMM de 2020 a été suspendue par décision de justice suite au recours d'associations demandant une augmentation de la posologie maximale recommandée.

Le RTU du 17/03/2017 recommande de prescrire 1 mois de traitement au maximum, avec mention « prescription sous RTU » présente sur l'ordonnance.

La prescription comprend :

- Une phase de titration avec une posologie initiale de 15 mg/j à fractionner en 3 prises.

- Puis une augmentation progressive de 5mg tous les 2 à 3 jours jusqu'à atteindre la posologie minimale efficace.

- Au delà de 30 mg/j une augmentation de 10 mg tous les 3 jours est possible.

Il est conseillé une surveillance des patients pendant la phase de titration avec une consultation à J7 après le début du traitement , puis des consultations de suivi des patients au moins mensuellement.

L'arrêt de traitement se fait en 1 à 8 semaines par paliers de 10 à 15 mg tous les 2 jours par exemple pour éviter le risque de syndrome de sevrage au Baclofène d'évolution parfois létale en cas d'arrêt brutal du traitement.

Les mises en garde et précautions d'emploi du Baclofène comprennent les troubles psychiatriques, l'épilepsie, les addictions à d'autres substances.

### c) Les Centres spécialisés

La prise en charge lors d'un objectif de sevrage peut s'effectuer en ambulatoire lorsqu'il n'y a pas de symptômes sévères de sevrage, ni d'antécédents de syndrome de sevrage sévère (crises convulsives) ni aucune comorbidité médicale ou psychiatrique. (2) Dans le cas contraire il est recommandé un sevrage spécialisé, institutionnalisé au sein d'un centre hospitalier

La prise en charge ambulatoire (sevrage ou réduction de la consommation) peut s'appuyer sur les CSAPA (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie). Ces centres instaurés en 2002, et mis en place à partir de 2007, permettent une prise en au sein d'une équipe pluri-disciplinaire: psychologique, sociale, médicale.

Malgré cette prise en charge s'appuyant sur ces méthodes non médicamenteuses, et médicamenteuses et/ou structure , plus de 40% des patients de l'étude UKATT n'ont pas amélioré leur consommation à 12 mois. En dehors des limites propres aux méthodes thérapeutiques d'autres facteurs viennent limiter la réussite de la prise en charge.

## F) Obstacles à l'efficacité des thérapeutiques

Devant l' ampleur de la consommation d'alcool, et des effets néfastes sur la santé qui en découle, le médecin généraliste se retrouve, logiquement, fréquemment confronté aux patients usagés d'alcool.

Les recommandations sont clairement définies. Pourtant la prise en charge est souvent difficile, soumise à :

- l'image de l'alcool dans la population générale,
- au déni et repli du patient à usage nocif ou alcoolodépendant,
- aux contre-attitudes du médecin.

### 1) Obstacles liés à la représentation sociétale de la consommation d'alcool:

La consommation d'alcool dépend en partie de l'image qu'elle renvoie . L'alcool est associé à des évocations positives (3), étude qualitative sur 80 patients non alcoolodépendants) : Fêtes soirées, rapprochement, sorties, etc...

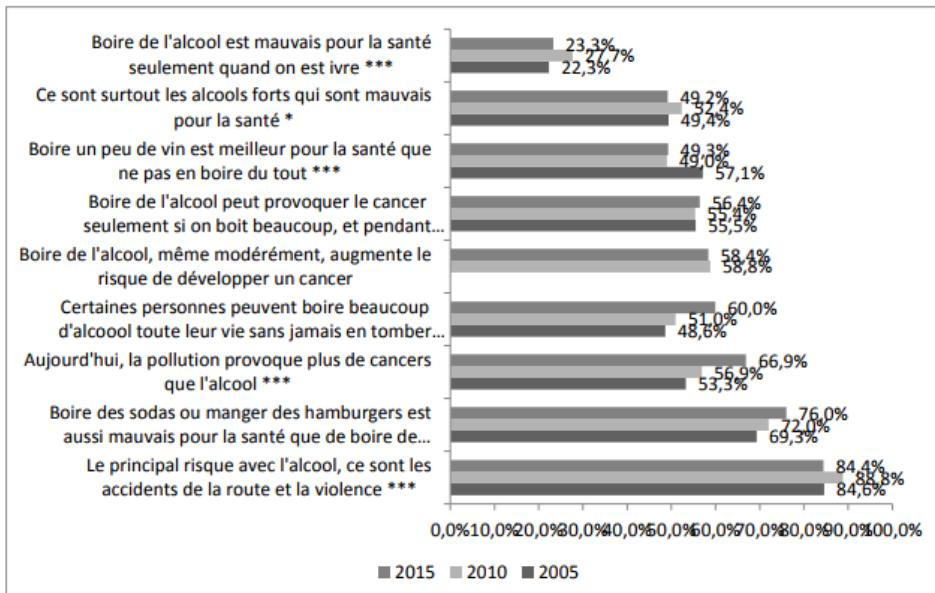
Au contraire la perception des risques associés est peu connue, et est fonction du contexte de consommation ( femme enceinte, conduite automobile etc..) et de la temporalité (occasionnelle vs quotidienne) .

- Parmi les 18-25 ans, on observe une mise à distance des risques.
- Parmi les 25-60 ans, les risques sur la santé suscitent davantage d'inquiétudes mais les risques sont perçus comme inquiétants mais peu probables.

De ce fait l'évaluation de la consommation se fait au ressenti des effets. 90% des français considéraient en 2012 que la dépendance à l'alcool n'est pas une maladie mais est la conséquence d'un manque de volonté.(5)

De ces croyances, découle une consommation qui varie en fonction des tranches d'âge. Avec un continuum entre les intoxications massives chez les jeunes et l'alcoolodépendance chez les plus âgés. (5):

- Les 15-25ans ont une consommation occasionnelle avec nombreuses API :(22% au moins 3 fois dans l'année).
- Les > 40 ans présentent une consommation quotidienne.
- Alors que 80% de l'ensemble de la population considère une consommation quotidienne d'alcool comme anormale, plus de 25% des > 65 ans consomment quotidiennement. (5)



Source : Baromètre cancer 2015

(5)

Cette image de l'alcool dans la population n'est pas concordante avec les recommandations en vigueur.

Les repères ne sont pas perçus dans la population comme crédibles. Les 2-3 verres par jour sont jugés trop importants (une consommation journalière perçue comme dangereuse pour certains) ; tandis que les 4 verres en une occasion semblent irréalistes car trop faibles (pour d'autres).(3)

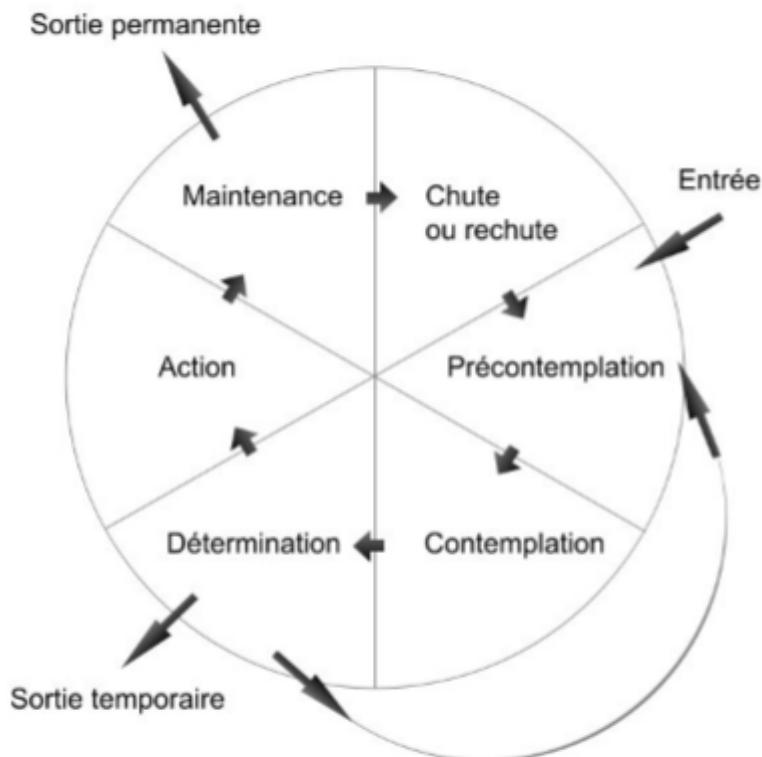
Un autre obstacle important pour la diminution de la consommation chez les alcoolodépendants est la présence dans l'entourage d'un consommateur sévère d'alcool. (50)

## 2) Les obstacles liés au patient

Divers mécanismes conceptuels (Rogers, Prochaska), diverses théories psychanalytiques (Freud/Lacan) explicitent les obstacles du patient :

- Selon Rogers, la phase de déni, la phase de dépression et de dépréciation de soi, entraînant un cercle vicieux, le patient recherchera dans l'alcool un moyen de sortie.
- Selon Freud et Lacan La psychanalyse Lacanienne, explique que le circuit des pulsions freudienne est, chez l'alcoolique, perturbé lors du stade du "miroir", c'est à dire dans la représentation subjective que se fait le patient de lui-même.

- Selon Prochaska et Di Clemente la consommation suit 7 étapes de changement, figurées par un cercle. Comportant un stade de rechute, étape normale du changement et pouvant être nécessaire avec un taux de rechute de plus de 50 % au cours de la première année qui suit le traitement (17).



### 3) Les obstacles liés au médecin

70 % des généralistes interrogés ne se sentent pas gênés pour parler d'alcool avec leurs patients (51), pour autant de nombreuses études montrent qu'à peu près la moitié des MG (57%) déclarent se sentir démunis face aux patients alcoolodépendants (3)

Les difficultés ressenties sont le manque de compliance des patients, le taux élevé de rechutes, le manque de rémunération par rapport au temps passé.(37)

Malgré ce sentiment la majorité des MG déclarent prendre en charge eux-mêmes les patients alcoololo-dépendants (37).

Cette perception du manque de compliance peut être comprise selon le modèle relationnel de Parson et/ou selon modèle directif, dans lesquels le patient dépendant à l'alcool est vu comme déviant, non soumis à la décision médicale.

Dans ces concepts une des barrières à la relation médecin malade est la réaction négative du médecin : les contre-attitudes. C'est le malaise du médecin qui nuit dans son désir de soigner (37)

Ces contre attitudes sont sous tendues par la perception de l'alcool, l'expérience du médecin, par le déni du patient, par les rechutes.

Les contre-attitudes négatives les plus fréquentes sont la colère, la peur, le dégoût, désintérêt ou encore l'impossibilité de faire confiance (37).

La conséquence est le rejet. Le rejet justifié par des arguments : manque de temps, de moyens, de formation, absence de demandes de soins, respect de la liberté d'autrui. Or la relation conflictuelle, de rejet est associée à une augmentation de la résistance du patient et à des niveaux plus élevés de consommation (Miller et al., 1993).

Il existe également des obstacles liés aux pratiques médicales:  
On constate une insuffisance de repérage du mésusage. En effet, alors que 96% des médecins de premiers recours disent dépister le mésusage (52), seulement 39,9% des alcoolodépendants sont diagnostiqués (44).

Deux aspects peuvent l'expliquer:

- le manque d'utilisation des outils de dépistage par les médecins généralistes (50)
- le manque de formation, les interventions de formation effectuées en cabinet de ville augmentent l'implication des généralistes dans le repérage et les interventions brèves de 13 % à 15 %. (11;53).

**Tableau N°8.2 Impact du soutien pédagogique des médecins généralistes à leur cabinet sur les taux de repérage et d'aide aux patients présentant une consommation d'alcool à risque ou nocive.**  
*Source : Anderson et al. (2004a).*

	Groupe de médecins témoins	Groupe de médecins ayant bénéficié d'une aide
Taux de repérage	35 %	46 %
Taux d'aide des patients	27 %	42 %

(11)

Face à ces obstacles quelle prise en charge proposée?

## DISCUSSION

Après avoir exposé les résultats de nos recherches, notre discussion intégrera les obstacles sus-cités pour tenter de dégager une proposition d'aide à la prise en charge du patient alcoolo-dépendant.

Chaque maladie a une représentation sociale (sickness), patient (illness) et médicale (disease). Les obstacles précédemment cités développent précisément ces 3 composantes intrinsèques à l'alcoolo-dépendance. Il convient pour les surmonter de prendre en charge ces patients selon le modèle bio-psycho-social de Engels si on veut en améliorer le succès.

Dans une démarche centrée patient et non centrée maladie ou centrée médecin, le modèle relationnel qui nous semble le plus adapté est celui décrit initialement par Carl Rogers en 1984: la relation d'aide. Dans cette approche, le médecin fait preuve d'**empathie**: il s'adapte et accepte le temps du patient, ses envies, ses objectifs, sa personnalité. Il manifeste une **considération positive inconditionnelle** au patient: Il accepte les changements et les errances du patient (selon le modèle proposé par Prochaska). Il fait preuve de **congruence**: l'harmonie entre son expérience, ses intentions, ses freins et son objectif partagé avec le patient.

L'outil conceptuel du modèle transthéorique de Prochaska nous aide à adapter notre prise en charge au temps du patient: lors de la phase de pré contemplation le médecin dépiste, évalue la consommation. et ouvre le débat sur l'usage ou mésusage de l'alcool.

Lors de la phase de contemplation et de préparation il cherchera à suggérer l'ambivalence du patient vis-à-vis de sa consommation. A ce stade l'entretien motivationnel est un outil adapté et permet de clarifier les envies du patient concernant ses objectifs: réduction de la consommation ou sevrage. Au cours de la phase de détermination et d'action, est mis en place les diverses thérapeutiques: psychothérapie, prise en charge médicamenteuse, aide de centres spécialisés. Lors de phase de maintien ,un suivi est organisé, dont la fréquence et les modalités seront adaptées au patient.

Dans la phase de rechute, toujours selon le modèle de la relation d'aide, le médecin dédramatise et explique le caractère habituel et non figé de cette étape, concordant avec l'esprit positif et respectueux.

Cette adaptation au *Tempo* du patient se déroule donc en quatre phases:

- Le dépistage et l'évaluation de la consommation d'alcool
- L'entretien motivationnel, évaluation des besoins et envies du patient à un moment donné.
- Mise en place des méthodes thérapeutiques d'aide à la prise en charge, adaptées au patient, à un instant t.
- Suivi

Malgré cette adaptation , des interrogations et des obstacles persistent dans la réussite des objectifs fixés.

Concernant le dépistage , la société française d'addictologie préconise qu'il soit systématique en l'absence d'étude montrant sa dangerosité. Mais dans quel cadre le pratiquer? La consommation d'alcool d'une personne se modifiant au cours de son histoire de vie, faut-il dépister à chaque consultation, chaque certificat de sport, chaque année? L'absence de littérature scientifique sur les effets indésirables du dépistage systématique ne veut pas dire qu'ils n'existent pas. En particulier la systématisation de ce dépistage pourrait nuire à la qualité de la relation au stade le plus communément rencontré en médecine générale, celui du déni de la consommation d'alcool.

L'évaluation de la consommation est bien standardisée mais d'après Pouchain et coll., 1998, seuls 7% des médecins généralistes pratiquent un des différents questionnaires. Outre le manque de formation mentionné plus haut, un des obstacles à leur mise en pratique est le temps nécessaire, obstacle cité par les médecins généralistes. Comment mettre en place un long questionnaire de dépistage et d'évaluation, au sein de consultations pour un autre motif que la consommation d'alcool, et qui nécessite un temps dédié?

Les thérapeutiques non médicamenteuses sont bien documentées. Leur efficacité est bien démontrée, mais est confrontée à plusieurs limites :

- Les études portent principalement sur l'usage à risque et nocif, et ne prennent pas en compte l'alcoolo-dépendance.
- Les études portent sur des prises en charge communicationnelles avec, pour une même prise en charge, des définitions différentes entre les études, et dont leur reproductivité entre différents praticiens est à établir.
- Elles impliquent comme postulat une adhésion du patient, nécessitant plusieurs consultations.

Les études sur les thérapeutiques médicamenteuses sont de moindre force que les études sur les thérapeutiques non médicamenteuses. Elles concernent l'alcoolodépendance.

Elles montrent globalement une efficacité modeste et discutable dans le sevrage ou la réduction. L'ensemble de ces études est de niveau de preuve modéré, dont une des explications possibles est l'aspect hétéroclite des consommateurs et de leur consommation. D'autre part dans une approche centrée patient, nous constatons un faible nombre d'études dont le critère principal est la qualité de vie malgré l'existence de score (54). La majorité des études ont pour critères principaux la quantité d'alcool consommée.

L'Acomprosate et le Naltrexone sont en première intention lors d'un objectif de sevrage, le Nalmefene lors d'un objectif de diminution de la consommation.

Quand au Baclofène, après de nombreux espoirs, la balance bénéfice-risque semble devoir nécessiter une initiation du médicament au sein de centres spécialisés. Et comme recours en deuxième intention, après échecs des autres méthodes médicamenteuses.

Devant la complexité de cette prise en charge en médecine générale il n'est pas mentionné les situations plus complexes (co-addiction, grossesse, comorbidités psychiatriques) dont le suivi en addictologie semble indispensable.

Enfin, notre travail a été effectué à un moment donné, en se concentrant sur l'alcoolodépendance. Avec la modification des comportements de consommation d'alcool, notamment les API et ses conséquences chez les plus jeunes, une nouvelle problématique pour le médecin généraliste risque de voir le jour. Pour cette nouvelle problématique, la même stratégie de prise en charge au sein d'une relation centrée patient pourrait être applicable: Dépistage, évaluation, prise en charge centrée patient.

Pour aborder la prise en charge de l'alcoolodépendance, notre travail a dû aborder les autres types de mésusages pour une raison de pratique au cabinet: les différents mésusages se trouvant dans un continuum. Ainsi que pour une raison méthodologique, la littérature délimite de manière floue les échantillons, avec des modalités de consommations et de prise en charge ayant évolué très récemment. Une grande partie de cette littérature, reposant sur des méta-analyses, mélange les différents types de prise en charge "RdRD", sevrage, mésusage, usage nocif, usage sévère, TAU, et prend en compte des études aux nombreux biais. Il paraît donc nécessaire de pondérer ces recommandations au vu de ces biais.

## Conclusion

À partir d'une situation problématique courante en médecine générale, l'alcoolodépendance, et la place du MG dans l'accompagnement , nous nous sommes donné pour objectif de faire le point sur les données actualisées de la littérature. Notre recherche a tenté d'en recenser les plus consensuelles. Notre discussion, a mis en exergue les limites de ces recommandations. Pour guider le médecin à accompagner le patient dans son changement de comportement, il nous est apparu que le modèle de Rogers "relation d'aide" est adapté pour une approche centrée patient. Il reste à composer avec les résistances de celui-ci et de tenir compte du "temps" patient (durée de consultation, durée du processus de changement), souvent en dissonance avec le "temps" médecin.

*<< Il éleva, souriant, sa propre main droite agitée de saccades, comme en train d'effacer la craie d'un imaginaire tableau noir. «C'est Vraiment la tremblote qui rend ce genre de vie insupportable. Mais ça va s'arrêter: je ne buvais que juste assez pour que ça s'arrête. Juste la dose nécessaire, thérapeutique.» Yvonne ramena sur lui son regard. «- Mais c'est la tremblote le pire à coup sûr», continua-t-il. «On finit par aimer le reste, au bout d'un certain temps, et je vais réellement très bien, je vais bien mieux qu'il y a six mois». >>*

Malcolm Lowry, Au-dessous du volcan.

## Bibliographie

1. The American Psychiatric Association. The American psychiatric Association Practice Guideline for the Pharmacological Treatment of Patients With Alcohol Use Disorder. 2018; 226 p.
2. Société Française d'Addictologie. Mésusage de l'alcool. Dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. Alcoologie Addictologie. 2015;37:5-84
3. Santé publique France, Institut national du cancer. Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. Saint-Maurice : Santé publique France. 2017; 149 p. Disponible à partir de l'URL : [www.santepubliquefrance.f.r](http://www.santepubliquefrance.f.r)
4. Adamson S.J., Heather N., Morton V., Raistrick D. and al. Initial Preference for drinking goal in the treatment of alcohol problems: II. treatment outcomes. *Alcohol and Alcoholism*. 2010;45(2):136-42.
5. OFDT. Alcool - Synthèse des connaissances. [Internet]. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. 2017 [cité 20 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool>
6. Hendricks F.J., Alcohol and human health: what is the evidence? *Annual Review of Food and Technology*. 2020;11:1-21
7. Charlet K., Heinz A., Harm reduction-a systematic review on effects of alcohol reduction on physical and mental symptoms. *Addict Biol*. 2016;22:1119-59.
8. Zhang C., Qin Y.Y., Chen Q. and al. Alcohol intake and risk of stroke: a dose-response meta-analysis of prospective studies. *International Journal of Cardiology*. 2014;174(3):669-77.
9. Roerecke M., Gual A., Rehm J. and al. Reduction of alcohol consumption and subsequent mortality in alcohol use disorders: systematic review and meta-analyses. *J Clin Psychiatry*. 2013;74(12):1181-9.
10. Xi B., Veeranki S.P., Zhao M. and al. Relationship of alcohol consumption to all-cause, cardiovascular, and cancer-related mortality in U.S adults. *J Am Coll Cardiol*. 2017;70(8):913-22.
11. O'Donnell A., Anderson P., Newbury-Birch, D. and al. The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: A systematic review of reviews. *Alcohol Alcohol*. 2013;49(1):66-78.

12. Cours des comptes. Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool [Internet]. France: Cours des comptes; 2016 [cité 6 juin 2020] p. 262. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20160613-rapport-politique-lutte-consommations-nocives-alcool.pdf>
13. Inserm. Alcool : Effets sur la santé [Internet]. Paris; 2001 [cité 8 mars 2020] p. 358. Disponible sur: <http://hdl.handle.net/10608/168>
14. Hange D., Jóhann A., Sigurdsson,A., Björkelund, C. and al. A 32-year longitudinal study of alcohol consumption in Swedish women: Reduced risk of myocardial infarction but increased risk of cancer. *Scand J Prim Health Care.* 2015;33(3):153-62.
15. Chang J. Y., Choi S., Park S. M. and al. Association of change in cardiovascular disease and mortality among initial nondrinkers. *Sci Rep.* 10(1).
16. De Gaetano G., Costanzo S., Di Castelnuovo A. and al. Effects of moderate beer consumption on health and disease: A consensus document. *Nutr Metab Cardiovascular Dis.* 2016;26(6):443-67.
17. Ortolá R., García-Esquinas E., López-García E. and al. Alcohol consumption and all-cause mortality in older adults in Spain: an analysis accounting for the main methodological issues. *Addiction.* 2018;114(1):59-68.
18. Costanzo S., Di Castelnuovo G., Benedetta Donati A.M. and al. Cardiovascular and overall mortality risk in relation to alcohol consumption in patients with cardiovascular disease. *Circulation.* 2010;121(17):1951-9.
19. Naimi T.S., Xuan Z., Brown D.W. and al. Confounding and Studies of modérat alcohol consumption for low-risk drinking guidelines. *Addiction.* sept 2013;108(9):1534-43.
20. Stockwell T., Zhao J., Panwar S T. and al. Do « moderate » drinkers have reduced mortality risk? A systematic review and meta-Analysis of alcohol consumption and all-cause mortality. *J Stud Alcohol Drugs.* mars 2016;77(2):185-98
21. Costanzo S., Gaetano G., Di Castelnuovo G. and al. Moderate alcohol consumption and lower total mortality risk: justified doubts or established facts? *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2019;29(10):1003-8.
22. Foerster M., Marques-Vidal P., Association entre consommation d'alcool et facteurs de risque cardiovasculaire : une étude sur la population lausannoise. *Rev Médicale Suisse.* 2010;6:505-9.
23. Fieulaine M. Comment intégrer, dans les pratiques, l'accompagnement et les outils de la consommation à moindre risque ? Risques alcool : changer de paradigme pour accompagner les personnes dans leurs usages. *Alcoologie Addictologie.* 2017;39(4):364-72.

24. Kranzler H.R., Diagnosis and pharmacotherapy of alcohol use disorder. *JAMA*. 2018;320:815-24.
25. Jonas D.E., Garbutt J.C. Screening and counseling for unhealthy alcohol use in primary care settings. *Med Clin North Am*. 2017;101(4):823-37.
26. Miller W. R., Wilbourne P. L. Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*. 2002;97(3):265-77.
27. Owens L., Kolamunnage-Donna R., Owens A. and al. A randomized controlled trial of extended brief intervention for alcohol-dependent patients in an acute hospital setting. *Alcohol Alcohol*. 2016;51(5):584-92.
28. Jones Q., Johnston B., Biola H. and al. Implementing standardized substance use disorder screening in primary care. *J Am Acad Physician Assist*. 2018;31(10):42-5.
29. Nilssen O. Long-Term effect of brief intervention in at risk alcohol drinkers: A 9-years follow-up study. *Alcohol Alcohol*. 2004;39(6):548-51.
30. Kaner E.F., Beyer F.R., Muirhead C. and al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;(2).
31. Fortini C., Daeppen J.B. L'entretien motivationnel : développements récents. *Psychothérapies*. 2011;31:159-65.
32. Gache P., Fortini C., Meynard A. and al. L'entretien motivationnel : quelques repères théoriques et quelques exercices pratiques *Rev Médicale Suisse*. 2006;2(80):2154, 2156-62.
33. Frost H., Campbell P., Maxwell, M. and al. Effectiveness of Motivational Interviewing on adult behaviour change in health and social care settings: A systematic review of reviews. *Plos One* [Internet]. 2018 [cité 10 juill 2020];13(10). Disponible sur: <https://journals.plos.org>
34. Aubin H.J. Non-medical management of disorders of the use of alcohol. *Rev Prat*. 2019;69(8):917-20.
35. Magill M., Tonigan J. S., Kiluk, B. and al. The search for mechanisms of cognitive behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: A systematic review. *Behav Res Ther*. 2020;131:1-10.
36. Ray L. A., Meredith L. R., Kiluk, B. D. Combined pharmacotherapy and cognitive behavioral therapy for adults with alcohol or substance use disorders. *JAMA Netw Open*. 2020;3(6):1-15.
37. Gache P. Prise en charge du patient alcoololo-dépendant : préjugés et contre-attitudes. *Médecine Hygiène*. 2000;58:1943-6.
38. Amato L., Minozzi S. Davoli, M. and al. Efficacy and safety of pharmacological interventions for the treatment of the Alcohol Withdrawal Syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(6).

39. Rosner S., Hackl-Herwerth A., Leucht S. and al. Acamprosate pour l'alcoolodépendance [Internet]. www.cochranelibrary.com. 2010 [cité 5 juin 2020]. Disponible sur: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004332.pub2>
40. Maisel N.C., Blodgett J.C., Wilbourne P.L. and al. Meta-analysis of naltrexone and acamprosate for treating alcohol use disorders: when are these medications most helpful? *Addiction*. 2012;108(2):275-93.
40. Donoghue K., Elzerbi C., Saunders, R. and al. The efficacy of acamprosate and naltrexone in the treatment of alcohol dependence, Europe versus the rest of the world: a meta-analysis. *Addiction*. 2015;110(6):920-30.
40. Jonas D.E., Amick H.R., Feltner C. and al. Pharmacotherapy for adults with alcohol use disorders in outpatient settings. *JAMA*. 2014;311(18):1889.
40. Palpacuer C., Duprez R., Huneau A. and al. Pharmacologically controlled drinking in the treatment of alcohol dependence or alcohol use disorders: a systematic review with direct and network meta-analyses on nalmefene, naltrexone, acamprosate, baclofen and topiramate. *Addiction*. 2017;113(2):220-37.
40. Carvalho A.F., Heilig M., Perez A. and al. Alcohol Use Disorders. *Lancet*. 2019;394(10200):781-92.
41. Palpacuer C. Réévaluation de l'apport du nalméfène au traitement de l'alcoolodépendance (Nalmefene in alcohol dependence treatment) [Thèse de Doctorat d'Université, Biologie et Santé, Médecine et Santé]. [Rennes]: Rennes; 2018.
40. Naassila M., Paille, F. Baclofène et consommation d'alcool: que peut-on en dire en 2018 ? [Internet]. Société Française d'Addictologie; 2018 p. 26. Disponible sur: [www.sfalcoologie.asso.fr](http://www.sfalcoologie.asso.fr)
40. Daeppen J.B. Baclofène dans le traitement du mésusage d'alcool : l'efficacité est au mieux incertaine et les effets indésirables se précisent. *Rev Médicale Suisse*. 2019;15(673):2220.
40. De Beaurepaire R., Sinclair J. M. A., Heydtmann, M. and al. The use of Baclofen as a treatment for alcohol use disorder: A clinical practice perspective. *Front Psychiatry*. 2019;9:1-16.
40. Naudet F., Braillon A. and al. Baclofen and alcohol in France. *Lancet Psychiatry*. 2018;1-2.
40. Costa.Barré M, Coste, M. Screening and care for alcohol use disorder in France: , expectations, barriers and levers using a mixed-methods approach. *BMC Public Health*. 2020;20(1).

51. Groppi M., Geiger S., Lafortune J. Parler d'alcool avec son patient en médecine générale. Simple ou gênant? Médecine. 2011;7(2):83-6.
52. Tan C.H., Hungerford D.W., Denny C.H., Screening for alcohol misuse: practices among U.S. primary care provide. Am J Prev Med. 2018;54(2):173-80.
53. Funk M., Wutzke S., Kaner E. and al. A multicountry controlled trial of strategies promote dissemination and implementation of brief alcohol intervention in primary health care: findings of a World Health Organization collaborative study. Journal of Studies on Alcohol. 2005;66(3):379-88
54. Luquien A., Whalley D., Crawford, S. R. and al. Development of the Alcohol Quality of Life Scale (AQoLS): a new patient-reported outcome measure to assess health-related quality of life in alcohol use disorder. Qual Life Res. 2014;24(6):1471-81.

**Vu, le Président du Jury,  
Mme le Professeur GRALL-BRONNEC Marie  
PUPH**

**Vu, le Directeur de Thèse  
Monsieur le Professeur GORONFLOT Lionel  
PUPH**

**Vu , le Doyen de la Faculté  
Mme le Professeur JOLLIET Pascale  
PUPH**

**NOM : HOCHET**

**PRÉNOM : RAPHAEL**

**TITRE DE THESE : Prise En Charge De L'Alcoolo-Dépendance En Médecine Générale:  
À Propos D'Un Cas.**

**RÉSUMÉ**

**CONTEXTE.** La prise en charge du mésusage de l'alcool, et plus particulièrement de l'alcoolo-dépendance est une situation fréquente mais néanmoins complexe en médecine générale.

**OBJECTIF.** Aider le médecin généraliste dans son approche et sa prise en charge du patient alcoolo-dépendant

**MÉTHODE.** Nous avons effectué une revue de la littérature des différents outils de prise en charge en 2020.

**RÉSULTATS:** Il en résulte une multitude d'outils. Les moyens de dépistage et d'évaluation sont bien documentés et validés, mais peu usités en pratique de ville, ce qui implique un manque de repérage. Pour la prise en charge thérapeutique, les méthodes non médicamenteuses sont efficaces, mais démontrées majoritairement dans les usages non sévères. Tandis que les thérapeutiques médicamenteuses, visant les troubles liés à la consommation sévère ont des résultats discutés.

**CONCLUSION:** Nous proposons donc de privilégier l'approche centrée patient , en utilisant le modèle transtheorique de changement de Prochaska et DiClemente.

**MOTS CLES**

- Trouble lié à l'usage de l'alcool
- Médecine générale
- Prise en charge thérapeutique