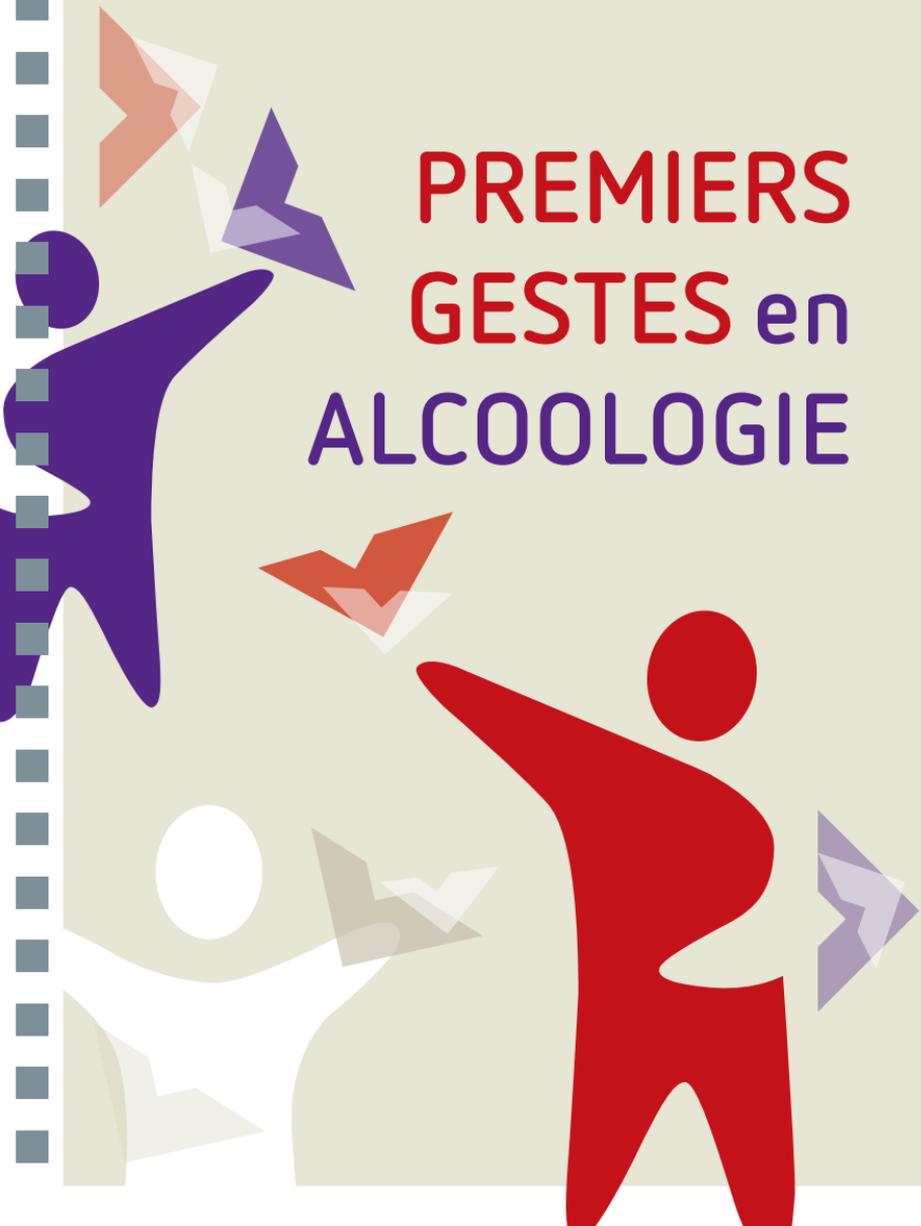


PREMIERS GESTES en ALCOOLOGIE



PREMIERS GESTES en ALCOOLOGIE

Directeur de publication : Nicolas Bonnet

Coordination : Nicolas Bonnet, Marianne Hochet

Secrétariat de rédaction : Maria Baraud

Lectrice-correctrice : Raphaële Goujat-Bonnet

Ont contribué à sa rédaction :

Arkaitz Aguerretxe Colina (Délégué régional RESPADD Nouvelle-Aquitaine – BIZIA) | Salima Belahcene (Déléguée régionale RESPADD Grand-Est – Centre hospitalier de Troyes) | Guyline Benech (Consultante formatrice) | Clément Berliet (COREADD) | Jean-Yves Breurec (Délégué régional RESPADD Normandie – Centre hospitalier de l'Estran) | Salvatore Campanella (Centre hospitalo-universitaire Brugmann) | Philippe Castera (COREADD) | Véronique Fonteille (Déléguée régionale RESPADD Auvergne-Rhône-Alpes – Hospices civils de Lyon) | Claire Foulon (Association Addictions France) | Nathalie Lajzerowicz (Déléguée régionale RESPADD Nouvelle-Aquitaine – Hôpital Suburbain du Bouscat) | Franck Lecas (Association Addictions France) | Pierre Maurage (Université de Louvain) | Nadia Messaoudi (Déléguée régionale RESPADD Hauts-de-France – EPSM de la Somme) | Mickael Naassila (Société française d'alcoologie) | André Nguyen (COREADD) | Guillemette Quatremere (Santé publique France) | Marie-Ange Testelin (Hauts-de-France Addictions).

Citation recommandée

BONNET N, HOCHET M, *Premiers gestes en alcoologie*, Paris, RESPADD, juillet 2023, 82 pages.

© Édition Respadd, 2023
www.respadd.org
Pour commander le livret :
commande@respadd.org

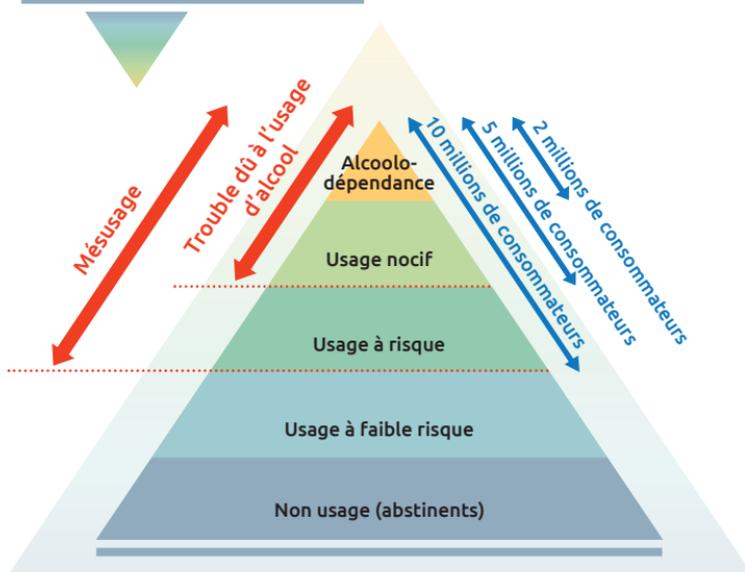
Couverture et mise en page : Bernard Artal Graphisme
Impression : juillet 2023 – Imprimerie Peau, Berd'huis
Dépôt légal : juillet 2023 – Exemple gratuit, ne peut être vendu
ISBN 978-2-490727-13-1



Dans ce guide, nous utiliserons systématiquement la notion de « mésusage » pour désigner conjointement les personnes présentant des troubles des niveaux 1 à 3 à savoir :

- 1 | **Usage à risque** : consommation excédant les repères de consommation à faible risque ou usage dans des situations à risques majorés, par exemple la conduite de véhicule ou la consommation conjointe de plusieurs substances psychoactives,
- 2 | **Usage nocif** : consommation définie par l'apparition d'au moins un dommage médical, psychologique ou social, et non par un niveau de consommation,
- 3 | **Alcoolodépendance** : perte de contrôle de la consommation.

Pour désigner un sous-groupe de consommateurs, les terminologies ci-dessous pourront être utilisées.



Sommaire

	Page	Onglet
Préambule	1	
1 Épidémiologie	4	1
1.1/ Données de consommation	4	
1.2/ Coût de la consommation d'alcool	6	
1.3/ Conséquences de la consommation d'alcool	7	
1.4/ Alcool et soins	7	
2 Alcool et santé publique	9	2
2.1/ Alcool et prévention	9	
2.2/ Alcool et réglementation	10	
2.3/ Repères de consommation	12	
2.4/ Dry January – Le Défi De Janvier	15	
2.5/ Marketing et lobbying de l'alcool	16	
3 Conséquences de la consommation d'alcool	18	3
3.1/ Intoxication aiguë	19	
3.2/ Conséquences sur la santé	21	
3.2.1/ À court terme	21	
3.2.2/ À moyen et long termes	22	
3.2.3/ Troubles neuropsychologiques	25	
3.3/ Niveaux de consommation	26	
3.4/ Dépendance	27	
3.5/ Sevrage	29	
3.6/ Des particularités	31	
3.6.1/ Chez la femme	31	
3.6.2/ Chez le sujet âgé	32	
3.7/ Comorbidités	33	
3.8/ Conséquences sociales	35	
3.9/ Interactions pharmacologiques	35	
3.10/ Polyconsommation	37	
4 Alcool et jeunes	39	4

	<i>Page</i>	<i>Onglet</i>
5 Alcool et idées reçues	42	5
6 Repérage précoce et intervention brève motivationnelle en alcoologie	47	6
6.1/ Repérage par la clinique et la biologie	47	
6.2/ Repérage par des questionnaires	48	
6.3/ Repérage précoce et intervention brève (RPIB) en alcoologie	49	
6.3.1/ Définition	49	
6.3.2/ Efficacité	51	
6.3.3/ En pratique	51	
6.3.4/ Étapes de l'entretien	52	
6.3.5/ Autre possibilité	53	
6.4/ Limiter sa consommation	54	
7 Accompagnement et aide au sevrage	56	7
7.1/ Lieux de prise en charge	56	
7.2/ Moments d'intervention	60	
7.3/ Traitements pharmacologiques	61	
7.4/ Interventions psychothérapeutiques	62	
7.4.1/ Entretien motivationnel (EM)	62	
7.4.2/ Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)	64	
7.4.3/ Psychoéducation	65	
7.5/ Autres interventions	66	
7.5.1/ Soins de support	66	
7.5.2/ Prise en charge sociale	66	
7.6/ Réduction des risques (RdR)	66	
8 Cas cliniques	71	8
9 Messages clés	73	9
10 Ressources et outils	75	10
Annexes	77	



1 | Épidémiologie

1.1 | Données de consommation



10,4 l

d'alcool pur
consommés par an
et par habitant

En 2020, la consommation moyenne annuelle d'alcool pur, par habitant âgé de 15 ans et plus, était de 10,4 litres, soit 2,3 verres par jour, ce qui constitue une diminution de 60 % depuis 1961.

D'après les dernières données du baromètre de Santé publique France, près de 9 personnes sur 10, âgées de 18 à 75 ans, déclarent avoir consommé de l'alcool et 20,7 % avoir connu une ivresse au moins au cours de la dernière année. 10 % sont des consommateurs quotidiens et 4,6 % consomment six verres ou plus en une même occasion toutes les semaines.

Près de la moitié de la population ne boit que 3 % du volume total consommé dans l'année tandis que les 10 % de personnes les plus consommatrices boivent 58 % du volume total.

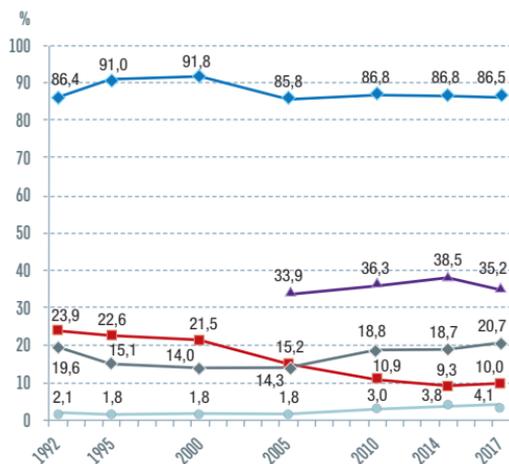


FIGURE 1

Évolution des indicateurs de consommation d'alcool entre 1992 et 2017 en France métropolitaine (Source : Baromètre santé – Santé publique France)



Évolution significative entre 2014 et 2017, aux seuils de 5 %, 1 % et 0,1 %

API : alcoolisation ponctuelle importante

8,1 % des Français n'ont pas du tout consommé d'alcool dans l'année alors que 1 Français sur 10 en consomme quotidiennement.

DONNÉES DE CONSOMMATION PAR SEXE

➤ La consommation quotidienne moyenne chez les hommes est de 2,8 verres, chez les femmes de 1,8 verre. Près de 3 hommes sur 10 consomment de l'alcool entre une et trois fois par semaine contre 2 femmes sur 10. Les hommes sont également trois fois plus nombreux à consommer de l'alcool quatre à six fois par semaine, 7,6 % contre 2,6 %, ou tous les jours, 15,2 % contre 5,1 %.

DONNÉES DE CONSOMMATION PAR TRANCHES D'ÂGES

➤ La consommation quotidienne est plus fréquente chez les personnes plus âgées, 26,0 % des 65-75 ans contre 2,3 % des 18-24 ans. Ainsi, les plus âgés consomment de l'alcool 152 jours par an et les plus jeunes 67 jours seulement. En revanche, les ivresses sont surtout observées chez les plus jeunes. Ainsi, 54,1 % des 18-24 ans déclarent au moins une alcoolisation ponctuelle importante par an, soit une consommation de six verres ou plus en une même occasion, contre 19,7 % chez les 65-75 ans. Les ivresses régulières, soit au moins dix ivresses au cours de l'année, concernent également plus les jeunes : 13,4 % d'entre eux sont dans cette situation contre moins de 1 % chez les plus âgés. On observe depuis 2014 une stabilisation des alcoolisations excessives chez les jeunes de moins de 25 ans.

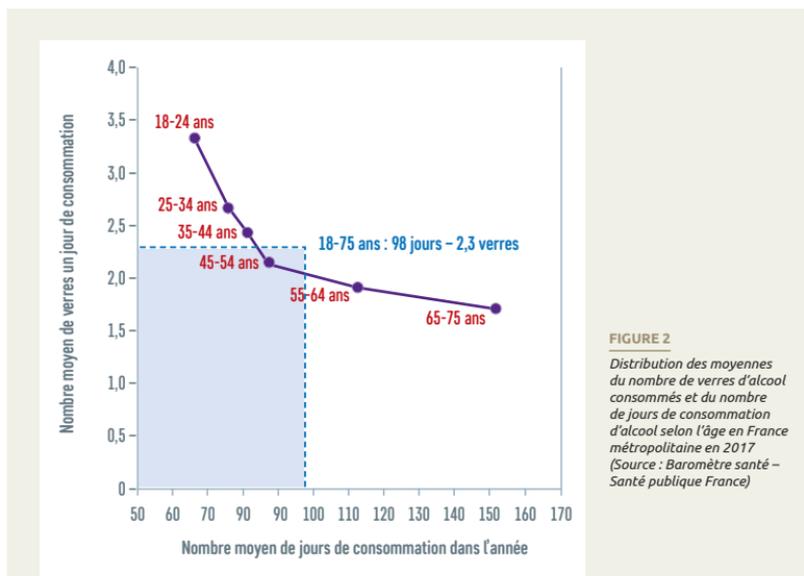


FIGURE 2

Distribution des moyennes du nombre de verres d'alcool consommés et du nombre de jours de consommation d'alcool selon l'âge en France métropolitaine en 2017 (Source : Baromètre santé – Santé publique France)

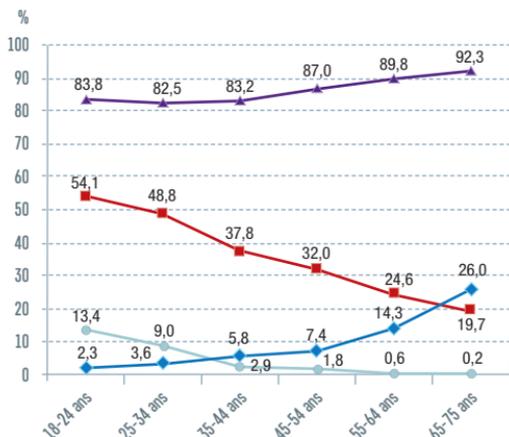


FIGURE 3

Indicateurs de consommation d'alcool selon l'âge en France métropolitaine en 2017
(Source : Baromètre santé - Santé publique France)



API : alcoolisation ponctuelle importante

1.2 | Coût de la consommation d'alcool



120 milliards
d'euros de coût
social de l'alcool
par an

Le « coût social » annuel de l'alcool est estimé à **120 milliards d'euros**, ce qui est équivalent à celui du tabac et près de 15 fois supérieur à celui des drogues illicites. Cela représente aussi 6 % du PIB.

Le « coût social » est calculé par ajout des coûts en pertes de vies humaines, en dégradation de la qualité de vie, en perte de productivité engendrée et aussi en prévention et en soins. Les recettes des taxes et des retraites non versées en sont soustraites.

À l'inverse, les taxes sur l'alcool ne représentent chaque année qu'à peine plus de 3 milliards d'euros.

Le coût des hospitalisations liées à la consommation d'alcool s'élève à près de 3,6 % de l'ensemble des dépenses hospitalières, soit 2,64 milliards d'euros. La consommation d'alcool et ses conséquences sont, en effet, un des premiers motifs d'hospitalisation en France.

1.3 | Conséquences de la consommation d'alcool

Dans le monde, la consommation d'alcool est le premier facteur de risque de mortalité prématurée et d'incapacité parmi les 15-49 ans. 3 millions de décès sont attribuables à l'alcool chaque année dans le monde, soit 5,3 % des décès.

En France, la consommation d'alcool est la 2^e cause de mortalité évitable, derrière le tabagisme. Ainsi, 41 000 décès sont attribuables à l'alcool chaque année dont 30 000 décès chez les hommes et 11 000 chez les femmes, soit respectivement 11 % et 4 % de la mortalité des adultes de 15 ans et plus. En tout, cela représente environ 7 % de la mortalité annuelle en France. Parmi ces décès, 16 000 sont dus à des cancers, 9 900 à des maladies cardiovasculaires, 6 800 à des maladies digestives, 5 400 à une cause externe telle qu'un accident ou un suicide et plus de 3 000 à une autre maladie, mentale ou psychiatrique notamment. **Il est également important de noter que 40 % des décès attribuables à l'alcool surviennent chez des personnes qui ne sont pas dépendantes.**

Par ailleurs, l'alcool, qui est un cancérogène avéré, est responsable de 8 % des cancers en France, 8,5 % des cancers chez les hommes et 7,5 % de ceux chez les femmes.

Parmi ces cancers, 1/3 surviennent chez des personnes dont les consommations d'alcool sont faibles à modérées.

De plus, l'alcool est impliqué dans 30 % des accidents mortels sur la route et dans environ la moitié des situations de violence, qu'il ait été consommé par l'auteur et/ou la victime.

Enfin, en 2021, plus de 1 Français sur 5 âgé de 18 à 75 ans, soit environ 10 millions de personnes, dépassait les repères de consommation d'alcool à faible risque établis par Santé publique France. 10 % de la population française présentent un usage nocif d'alcool, soit 5 millions de personnes concernées, et 2 millions présenteraient une alcoolodépendance.



Alcool = 2^e cause de mortalité évitable



30 %
des admissions
aux urgences sont
liées à l'alcool

1.4 | Alcool et soins

L'alcool représente la 7^e cause de perte d'années de vie en bonne santé dans le monde et est la première cause d'hospitalisation en France.

30 % des admissions aux urgences seraient liées à un mésusage d'alcool.

Consommation moyenne quotidienne

chez les hommes



2,8 verres

Chez les femmes



1,8 verre



LES POINTS ESSENTIELS

- ➔ La France est le **6^e pays** le plus consommateur d'alcool parmi les pays de l'OCDE.
- ➔ La consommation moyenne annuelle d'alcool pur par habitant est de **10,4 litres**.
- ➔ La consommation moyenne quotidienne chez les hommes est de **2,8 verres**, chez les femmes elle est de **1,8 verre**.
- ➔ Le « coût social » annuel de l'alcool est de **120 milliards** d'euros.
- ➔ La consommation d'alcool est la **2^e cause de mortalité** évitable, derrière le tabagisme.
- ➔ **40 % des décès attribuables à l'alcool** surviennent chez des personnes qui ne sont pas dépendantes.
- ➔ **Plus de 1 Français sur 5**, soit environ 10 millions de personnes, dépasse les repères de consommation d'alcool à faible risque établis par Santé publique France.
- ➔ **30 % des admissions aux urgences** seraient liées à un mésusage d'alcool.

2 | Alcool et santé publique

2

2.1 | Alcool et prévention

Les politiques publiques concernant l'alcool visent un double enjeu : prévenir les consommations à risques et faciliter leurs prises en charge.

Il existe pour cela des plans de santé publique internationaux, portés notamment par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Union européenne (UE). Ces plans ont pour objectifs de lutter contre les usages nocifs d'alcool, de prévenir les dommages ou encore de répondre à des problématiques nouvelles comme la question des alcoolisations ponctuelles importantes (API).



Au niveau national, plusieurs plans d'actions gouvernementaux se sont succédé :

- **le plan national de mobilisation contre les addictions** : porté par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies (MILDT) puis par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) ;
- **les plans cancer** : portés par l'Institut national du cancer (INCa) pour mobiliser les acteurs de la santé publique autour de la prévention, du dépistage et de l'organisation des soins.

En 2021, la stratégie décennale de lutte contre les cancers est mise en place et s'intéresse notamment aux principaux facteurs de risque de cancers évitables, le tabac et l'alcool. L'objectif annoncé est la réduction du nombre de cancers de 60 000 par an.

Pour communiquer auprès du plus grand nombre, des campagnes de prévention sont régulièrement diffusées, par Santé publique France et l'INCa notamment. À ce jour, il n'existe pas de plan national concernant l'alcool spécifiquement. Ces campagnes permettent d'informer le grand public sur les risques de la consommation d'alcool ou encore sur les repères de consommation (voir page 12). Elles rappellent également les dispositifs d'aide existants. Elles ciblent autant le grand public que des publics spécifiques comme les femmes enceintes, les jeunes et les professionnels de santé.



2.2 | Alcool et réglementation

En France, plusieurs lois encadrent la vente d'alcool. Les points essentiels de la loi concernant l'alcool sont les suivants :

- **une fiscalité particulière** : une taxation plus élevée que pour les produits de grande consommation courants s'applique et permet une augmentation des prix, diminuant ainsi l'attractivité de l'alcool ;
- **l'encadrement des lieux de vente et de consommation** : les établissements souhaitant commercialiser de l'alcool doivent être en possession d'une licence spécifique autorisant la vente des boissons alcoolisées selon une classification propre. Plusieurs modalités de vente sont également interdites comme la vente par les distributeurs automatiques, au forfait ou à crédit ;
- **les « happy hours »** (période quotidienne durant laquelle des ristournes sont appliquées sur certains boissons dans les débits) : autorisées à condition de proposer également systématiquement des boissons non alcoolisées ;
- **l'interdiction de fabrication et de vente de certains alcools** : notamment des boissons apéritives à base de vin titrant plus de 18° d'alcool ou encore des spiritueux anisés titrant plus de 45° d'alcool.

La consommation est aussi soumise à une réglementation.

Ainsi :

- l'ivresse publique et manifeste est sanctionnée pénalement et peut donner suite à une mesure de rétention en chambre de sûreté ;
- la vente d'alcool à des personnes manifestement ivres est interdite ;
- la consommation d'alcool est également une circonstance aggravante dans la détermination de certaines peines, notamment concernant les actes de violence.

La loi entend également protéger les publics vulnérables, notamment les mineurs et les femmes enceintes :

- il est ainsi interdit de vendre ou d'offrir à titre gratuit dans les lieux publics de l'alcool à des mineurs de moins de 18 ans. Les mineurs de moins de 16 ans ne sont pas autorisés à entrer dans des débits de boissons alcoolisées s'ils ne sont pas accompagnés. La loi interdit également de faire boire un mineur jusqu'à l'ivresse ;
- toutes les unités de conditionnement de boissons alcoolisées doivent porter un message recommandant aux femmes enceintes de ne pas consommer d'alcool. Il peut s'agir d'un pictogramme ou de la phrase « La consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse, même en faible quantité, peut avoir des conséquences graves sur la santé ».

**info**

ALCOOL ET CONDUITE

L'alcool est la 1^{ère} cause de mortalité sur la route et 1 accident sur 3 lui est imputable.

TABLEAU 1 Réglementation et conduite

Situations	Taux maximum d'alcool dans le sang (en g/L)	Taux maximum d'alcool dans l'air expiré (en mg/L)	Sanctions encourues
Cas général	0.5	0.25	Entre 0,5 g/L (cas général) ou 0,2 g/L (autres cas) et 0,8 g/L :
Permis probatoire	0.2	0.1	• Amende forfaitaire de 135 €
Conduite accompagnée	0.2	0.1	• Retrait de 6 points du permis
Conducteur de transports en commun	0.2	0.1	Au-delà de 0,8 g/L : • Immobilisation du véhicule • Retrait de 6 points du permis/suspension ou annulation du permis • Amende jusqu'à 4 500 €

info

LA LOI EVIN

La publicité pour l'alcool n'est pas interdite mais elle est encadrée.

Lors de sa publication en 1991, la loi Evin poursuivait deux objectifs essentiels : la publicité ne doit en aucun cas être incitative à la consommation et elle ne doit pas être visible des jeunes. Pour atteindre ces objectifs, deux moyens sont mis en œuvre :

- une liste limitative des supports de publicité autorisés ;
- une liste limitative de contenus autorisés qui ne sont et ne peuvent être que des éléments objectifs de nature à informer le consommateur sur le produit et ses qualités.

Les publicités doivent comporter un message sanitaire préventif « L'abus d'alcool est dangereux pour la santé ».

La loi a été largement remaniée en 30 ans si bien que l'objectif qui visait à protéger les jeunes des contenus pro-alcool n'est pas atteint : la réautorisation de l'affichage sans restriction en 1994, y compris près des écoles, et l'introduction de la possibilité de faire de la publicité pour l'alcool sur Internet et notamment sur les réseaux sociaux, en 2009, y sont pour beaucoup. Globalement le marketing alcool est très présent en France notamment sur les lieux de vente à emporter au sein desquels le marketing alcoolier est omniprésent.

S'agissant des contenus de la publicité, la loi Evin conserve une certaine efficacité. Son application est néanmoins l'objet de contentieux réguliers, engagés notamment par l'association Addictions France qui agit aujourd'hui essentiellement sur les publicités illégales sur Internet, sur les réseaux sociaux (publicités indirectes ou parrainées par les alcooliers).



PICTOGRAMME**« PAS D'ALCOOL PENDANT LA GROSSESSE »**

Le Code de la santé publique impose de faire figurer sur toutes les unités de conditionnement des boissons alcoolisées un message sanitaire préconisant de ne pas consommer d'alcool pendant la grossesse. En effet, toute consommation d'alcool, même en faible quantité, peut présenter des risques importants pour le fœtus.

Ainsi, depuis 2007, toutes les unités de conditionnement doivent, au choix, présenter le message « **La consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse, même en faible quantité, peut avoir des conséquences graves sur la santé de l'enfant** » ou le pictogramme représentant une femme enceinte barrée, sans minimum de taille.

2.3 | Repères de consommation

Toute consommation d'alcool présente des risques, pour la santé notamment.

Aussi, pour limiter les risques, il est préconisé de suivre les repères de consommation suivant :

- **ne pas consommer plus de 2 verres standards par jour ;**
- **ne pas consommer plus de 10 verres standards par semaine ;**
- **avoir des jours sans consommation dans une semaine.**

Pour votre santé,
l'alcool c'est maximum
2 verres par jour et pas
tous les jours.



Ces repères de consommation à faible risque ont été définis en 2017 à la suite de la saisine de Santé publique France et de l'Institut national du cancer (INCa) par la Direction générale de la santé (DGS) et la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA). Un groupe d'experts a alors proposé ces repères en s'appuyant sur des auditions, sur une revue de la littérature scientifique et une modélisation des risques pour la santé selon différents scénarii d'exposition à l'alcool. Ces travaux ont été complétés d'une étude qualitative sur les perceptions des consommateurs afin de proposer des repères acceptables et compréhensibles. C'est dans ce cadre notamment qu'il a été décidé de proposer des repères identiques pour les femmes et les hommes.

En complément de ces repères, des recommandations sont également émises.

Ainsi, pour chaque occasion de consommation, il est recommandé de :

- réduire la quantité totale d'alcool que vous buvez ;
- boire lentement, en mangeant et en alternant avec de l'eau ;
- éviter les lieux et les activités à risque ;

Réduire sa
consommation d'alcool
c'est réduire les risques
pour sa santé.



- s'assurer d'être entouré de personnes connues et de confiance et de pouvoir rentrer chez soi en toute sécurité ;
- pour les femmes qui envisagent une grossesse, qui sont enceintes ou qui allaitent : pour limiter les risques pour la santé de la femme et de l'enfant, l'option la plus sûre est de ne pas consommer d'alcool ;
- pour les jeunes et les adolescents : pour limiter les risques pour la santé, l'option la plus sûre est de ne pas consommer d'alcool.

D'une façon générale, l'option la plus sûre est de ne pas consommer d'alcool en cas de :

- conduite automobile,
- manipulation d'outils ou de machines (bricolage, etc.),
- pratique de sports à risque,
- consommation de certains médicaments,
- existence de certaines pathologies.

info



LES VERRES STANDARDS

Les repères de consommation à faible risque sont définis sur la base de verres standards.

Un verre standard est une unité de boisson alcoolisée contenant 10 g d'alcool pur, quel que soit le type de boisson. Il s'agit des quantités servies dans les débits de boissons. Ainsi, il y a autant d'alcool dans un demi de bière, un ballon de vin ou un shot de vodka.

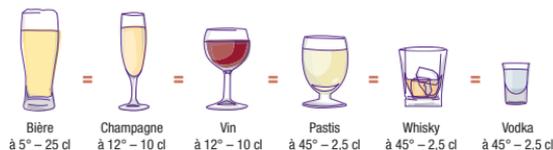


FIGURE 4

Les équivalences entre verres standards



FIGURE 5

Les équivalences entre bouteilles et verres standards

LES REPÈRES DE CONSOMMATION CANADIENS

Les repères de consommation à moindre risque peuvent différer d'un pays à l'autre, selon leur date de publication ou les études sur lesquelles ils sont basés.

Ainsi, les repères canadiens publiés en 2023 invitent à une réduction majeure de la consommation pour préserver sa santé. Un continuum allant du moindre risque jusqu'à un risque majeur est proposé comme suit.

**0 verre par semaine**

Offre de nombreux bénéfices, par exemple une meilleure santé et un meilleur sommeil.

**Aucun
risque**

**1 ou 2 verres standards par semaine**

Permet généralement d'éviter les conséquences de l'alcool pour vous-même et pour les autres.

**Risque
faible**

**3 à 6 verres standards par semaine**

Augmente votre risque de développer plusieurs cancers, comme le cancer du sein ou du côlon.

**Risque
modéré**

**7 verres standards ou plus par semaine**

Augmente en plus votre risque d'avoir une maladie de cœur ou un AVC.

Au-delà de 7 verres standards par semaine

Augmente radicalement le risque que ces conséquences surviennent.

**Risque
de plus
en plus
élevé**



FIGURE 6 Continuum de risque et consommation hebdomadaire moyenne d'alcool

2.4 | Dry January – Le Défi De Janvier

Le Dry January est un mouvement international qui propose, chaque année, à tous, de faire une pause dans sa consommation d'alcool pendant le mois de janvier. Il s'agit d'un challenge positif, ludique et collectif.

Plusieurs pays se sont engagés dans de telles campagnes depuis plusieurs années, comme l'Australie dès 2008 avec le Dry July puis le Royaume-Uni ou encore la Belgique avec la Tournée minérale.

En France, Le Défi De Janvier est une campagne nationale, soutenue par un collectif d'associations depuis 2020. C'est l'occasion, pour ceux qui s'interrogent sur leur consommation d'alcool et souhaitent faire l'expérience d'une pause ou d'une réduction de la consommation, d'être soutenus et d'obtenir des informations sur les bénéfices que peut présenter cette expérience : chacun est libre de se fixer ses propres objectifs de consommation pour le mois de janvier. C'est aussi l'occasion de trouver d'autres sources et moments de plaisir.

Le Défi De Janvier ne s'adresse pas aux personnes présentant une dépendance à l'alcool et qui doivent être adressées à un professionnel de santé. Arrêter brusquement une consommation d'alcool installée présente des risques importants pour la santé. L'idée de cette campagne n'est pas non plus d'interdire la consommation mais plutôt de questionner sa place dans nos vies.

Les bénéfices d'une pause de la consommation d'alcool pendant un mois sont multiples :

- un regain d'énergie,
- un sommeil réparateur,
- une baisse de la tension artérielle,
- une meilleure concentration,
- une meilleure qualité de peau,

Scientifiquement, il est aussi prouvé que pour les personnes ayant expérimenté ce mois sans alcool, leur consommation baisse durablement par la suite.

info +

DRY JANUARY®
#LeDéfiDeJanvier

LE SITE INTERNET :
dryjanuary.fr

L'APPLICATION :
Try Dry

LES AFFICHES ET STICKERS

REJOIGNEZ LE MOUVEMENT
PLUS D'UNE FRANÇAISE SUR 10 FAIT LE DRY

UNE PAUSE DANS VOTRE CONSOMMATION D'ALCOOL PRÊTE À RELEVÉ LE DÉFI ?

ET SI VOUS PRÉFÉRIEZ LE CONTRÔLER SUR VOTRE CONSOMMATION D'ALCOOL ?

2.5 | Marketing et lobbying de l'alcool

Les alcooliers appuient la communication faite sur les boissons alcoolisées par un marketing et un lobbying soutenus. Les méthodes employées reposent notamment sur la conception de boissons attractives, ciblant les jeunes et les femmes, des publicités contournant les limites fixées par la loi, sur les réseaux sociaux et Internet notamment, mais aussi un plaidoyer auprès des décideurs pour valoriser les produits et minimiser la réglementation et la communication sur les méfaits. Le lobbying des alcooliers a aussi pour effet d'amoindrir les mesures de régulation déjà en place, comme celles de la loi Evin.

Le marketing joue ainsi un rôle majeur dans les consommations des jeunes. La publicité joue notamment sur l'humour, la séduction, le pouvoir et peut faire appel à des personnalités publiques reconnues par les jeunes. Cette exposition majeure alors l'envie de consommer, les quantités consommées et banalise les alcoolisations excessives.

Certaines boissons semblent tout particulièrement cibler les publics les plus jeunes, comme les prémix, mélanges d'alcool et de soda, dont les packagings sont attractifs, les prix limités et la visibilité donnée sur des occasions réunissant des jeunes, concerts ou événements sportifs.

Les hard seltzer, eaux pétillantes aromatisées alcoolisées, sont également des boissons suivant une stratégie marketing forte. Ce sont des produits colorés, difficilement identifiables à d'autres boissons alcoolisées et ciblant délibérément les femmes.

Les études ont également montré les cinq axes majeurs utilisés par les alcooliers pour infléchir la régulation du marché :

- la diffusion de fausses informations auprès des décideurs,
- la constitution de groupes d'intérêts pour peser contre les mesures,
- la proposition de mesures alternatives,
- le lobbying auprès des parlementaires,
- les incitations financières.

LES BOISSONS SANS ALCOOL

Ces dernières années ont vu l'apparition sur le marché des boissons dites « sans alcool », bières, vins ou apéritifs, souvent labelisées « 0,0 % ».

Ces boissons, proposées par les industriels, sont des alternatives aux boissons alcoolisées permettant :



- de se soustraire aux risques pour la santé présentés par la consommation d'alcool ;
- d'avoir accès à des boissons aux goûts similaires à ceux de boissons alcoolisées ;
- de faire perdurer des moments de convivialité associés à la consommation d'alcool.

Cependant, ces boissons présentent également des limites. Tout d'abord, certaines contiennent un très faible taux d'alcool, la législation autorisant jusqu'à 1,2 % en volume. Ces dernières sont donc à proscrire chez les femmes enceintes notamment. Par ailleurs, elles sont très sucrées et caloriques. Enfin, elles sont surtout une opportunité pour les marques d'alcool de valoriser leurs logos et noms de marque, de les normaliser et de les faire vivre, y compris pour des boissons sans alcool, et peuvent également être des portes d'entrée vers des boissons alcoolisées des mêmes marques.



LES POINTS ESSENTIELS

- Les repères de consommation à faible risque peuvent être résumés comme suit : « **Pour votre santé, l'alcool c'est maximum 2 verres par jour et pas tous les jours.** »
- Le Défi De Janvier, et les autres campagnes de prévention, sont autant d'occasions efficaces pour réfléchir à sa consommation d'alcool.
- Si une réglementation existe pour limiter la valorisation des boissons alcoolisées, le marketing agressif des alcooliers cible des publics vulnérables et conduit à une normalisation des consommations.
- Les boissons dites « sans alcool » peuvent contenir un faible pourcentage malgré leur appellation. Les hard seltzer sont de nouveaux produits attractifs mais aussi alcoolisés sur lesquels il est nécessaire d'informer les consommateurs.

3 | Conséquences de la consommation d'alcool

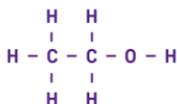
info

+

L'ALCOOL : PRINCIPALES NOTIONS

L'alcool est une substance psychoactive, classée parmi les déprimeurs, pouvant entraîner une addiction.

Il a des effets à court terme qui dépendent de la quantité consommée, et des effets à long terme qui dépendent de la période pendant laquelle la substance est consommée régulièrement. Comme toute substance psychoactive, l'alcool agit sur le fonctionnement du cerveau, en modifiant l'état de conscience, les perceptions et les comportements.



La molécule d'alcool, appelée éthanol ou alcool éthylique et dont la formule brute est $\text{C}_2\text{H}_5\text{OH}$, est issue de la fermentation des sucres de végétaux, de fruits, de grains ou de tubercules. C'est un liquide incolore, volatil, inflammable et miscible à l'eau.

Après consommation, l'alcool est absorbé essentiellement dans l'intestin, à hauteur de 80 %, avant de rejoindre le système sanguin. Il atteint le cerveau en moins de 5 minutes. Chez une personne à jeun, la concentration plasmatique maximale est atteinte en moyenne en 45 minutes. Lorsque l'alcool est consommé pendant un repas, elle est atteinte en 90 minutes. La consommation d'un verre standard de boisson alcoolisée entraîne l'augmentation de l'alcoolémie (taux d'alcool dans le sang) à hauteur de 0,20 à 0,25 g/L. L'alcool est éliminé à 95 % par le foie, le reste est éliminé par les reins, la peau, les poumons et la salive. La vitesse d'élimination de l'alcool est de 0,1 g/L/heure, soit 2 heures pour éliminer l'équivalent d'un verre standard.

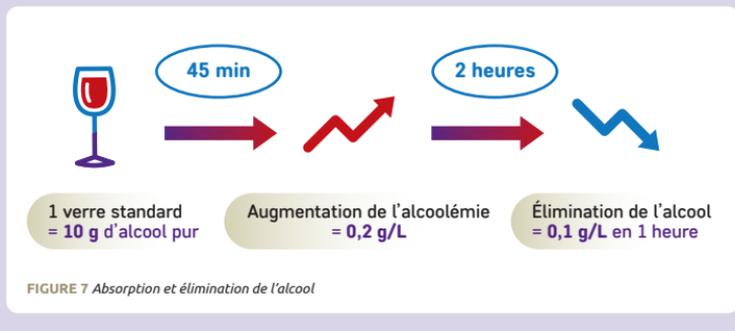


FIGURE 7 Absorption et élimination de l'alcool

3.1 | Intoxication aiguë

L'intoxication aiguë à l'alcool se caractérise par plusieurs symptômes successifs et dépendants de la quantité d'alcool ingérée, de la vitesse de consommation, du poids et sexe du consommateur ainsi que de son degré de tolérance.

Ces symptômes sont récapitulés dans le tableau ci-dessous.

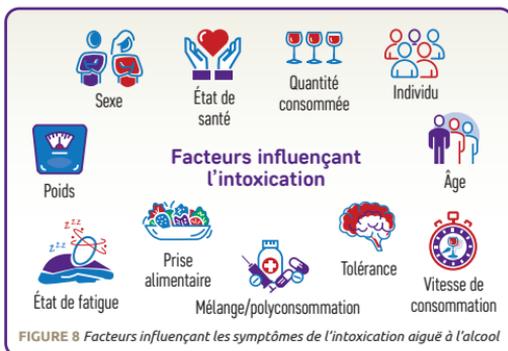


TABLEAU 2 Symptômes de l'intoxication aiguë à l'alcool

ALCOOLÉMIE	EFFETS DE L'INTOXICATION
0,5 à 1 g/L	<ul style="list-style-type: none"> • Relaxation, plaisir, bien-être • Désinhibition • Atteinte du jugement • Risque accru d'accident • Atteinte de la coordination, diminution des réflexes • Réduction du champ visuel
1 à 2 g/L	<ul style="list-style-type: none"> • Incoordination motrice • Défaut d'interprétation appropriée et d'interaction avec l'entourage • Faible capacité de jugement • Perte d'autocontrôle • Troubles de l'élocution • Comportement incontrôlable • Sautes d'humeur • Comportement agressif • Diminution des réflexes et de la vigilance
2 à 3 g/L	<ul style="list-style-type: none"> • Incoordination motrice marquée et élocution très perturbée • Sautes d'humeur • Nausée, vomissements • Vision altérée • Perte de mémoire
3 à 4 g/L	<ul style="list-style-type: none"> • Anesthésie (endormissement, perte de réponse aux stimuli externes) • Hypothermie • Trou de mémoire • Sautes d'humeur
Plus de 4 g/L	<ul style="list-style-type: none"> • Détresse respiratoire • Coma • Mort

DE L'ABSORPTION À LA DÉGRADATION

L'absorption de l'alcool dépend de différents facteurs.

Elle est augmentée quand :

- l'estomac est vide,
- la boisson est concentrée,
- la boisson est chaude,
- la boisson est consommée avant midi,
- la boisson est consommée avec des boissons gazeuses,
- le consommateur est stressé.

Elle dépend aussi de facteurs individuels comme l'âge, le sexe, le poids, la vitesse et l'expérience de consommation.

Le métabolisme de dégradation de l'alcool a lieu comme présenté dans le schéma ci-dessous.



FIGURE 9 Métabolisme de l'alcool

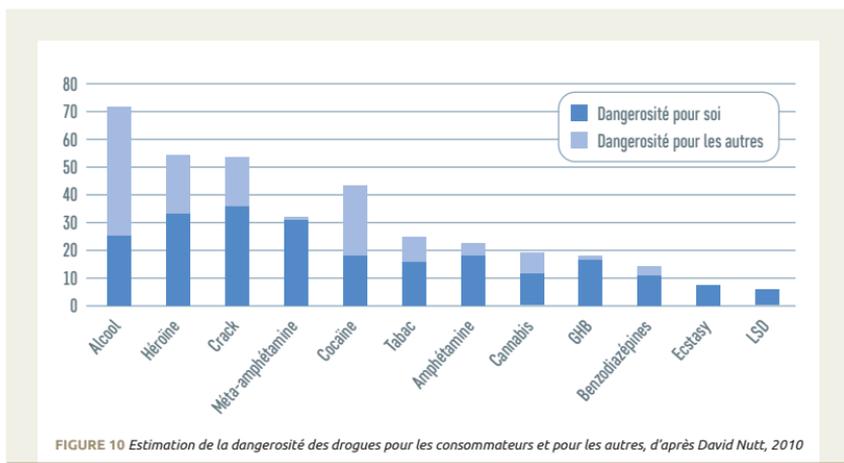
Plus le système de dégradation est efficace, plus la consommation et le risque de dépendance associé augmentent également. En revanche, certaines personnes présentent un déficit de ces enzymes de dégradation et notamment de l'aldéhyde déshydrogénase (ALDH). Cela se traduit par l'accumulation des molécules intermédiaires, toxiques pour le corps, et provoque un *flush* (une réaction cutanée de rougissement de la peau), des maux de tête et des nausées. Ces effets négatifs de la consommation d'alcool entraînent une diminution des prises chez ces personnes que l'on peut donc considérer comme intolérantes à l'alcool. Cette particularité est notamment observée chez une proportion élevée de la population asiatique.

Le fonctionnement du disulfirame, médicament possédant une autorisation de mise sur le marché dans le cadre du sevrage de l'alcool, repose sur ce même principe d'inhibition de l'ALDH.

3.2 | Conséquences sur la santé

Pour rappel, les conséquences de la consommation d'alcool peuvent toucher tous les consommateurs, même en l'absence d'alcoolodépendance ou d'ivresse aiguë.

La consommation d'alcool est responsable directement ou indirectement de plus de 200 maladies et traumatismes. L'alcool est également la drogue présentant le plus de risques pour ses consommateurs et pour les autres.



3.2.1 | À COURT TERME

En sus des risques inhérents à l'intoxication à l'alcool, l'altération de l'état de conscience et des perceptions contribuent à la majoration d'autres risques.

Les risques d'accidents de la circulation (véhicules ou piétons), du travail et de la vie courante sont majorés. La consommation d'alcool augmente le temps de réaction et la somnolence, diminue les réflexes et la vigilance, modifie la vision, la perception des distances et altère la coordination des mouvements. L'alcool conduit également à une sous-évaluation des dangers et à une prise de risque augmentée. Le risque d'être responsable d'un accident mortel de la circulation est multiplié par 8 en cas de consommation d'alcool. Sur la route, 1 accident mortel sur 3 et 1 accident corporel sur 6 sont attribuables à l'alcool.

La consommation d'alcool majore également le risque de violence, d'en être auteur ou victime. Les prises de risques sexuels, comme les rapports non protégés, sont aussi majorées.

LE COMA ÉTHYLIQUE

Il s'agit d'un stade sévère de l'intoxication aiguë, avec un état d'anesthésie, un sommeil profond, une perte de réponse aux stimuli et une hypothermie. Un des risques alors encouru est l'étouffement dans ses vomissements, majoré par l'effet myorelaxant de l'alcool.

Un coma éthylique est une situation d'urgence qui nécessite l'intervention des secours. Le risque mortel est présent.

**3.2.2 | À MOYEN ET LONG TERMES**

Une consommation d'alcool qui s'installe dans le temps, régulière même pour des quantités faibles à chacune des prises, présente des risques pour la santé à plus long terme.

ALCOOL ET CANCER

Un des risques majeurs que présente la consommation d'alcool est le risque augmenté de cancers. Dès la consommation de 10 g d'alcool pur par jour, soit un verre standard, le risque augmente significativement. L'alcool est un cancérigène avéré, il est responsable chaque année de 8 % des nouveaux cancers diagnostiqués en France.

Au moins 7 localisations de cancers sont impactées par la consommation d'alcool.

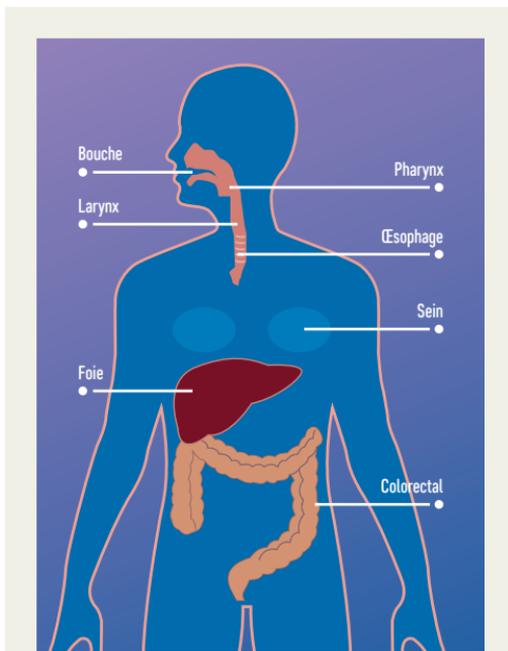


FIGURE 11

Consommation d'alcool
et risque augmenté de
cancers pour 7 localisations

ALCOOL ET FOIE

Le deuxième risque engendré par la consommation d'alcool est celui de développer une maladie du foie liée à l'alcool (MFLA), dont le stade final est la cirrhose. La maladie débute par une stéatose, accumulation de graisse dans le foie. Elle est réversible et généralement asymptomatique. Le deuxième stade est celui de la fibrose, qui constitue un processus de cicatrisation destiné à remplacer les cellules endommagées. Elle nuit au bon fonctionnement du foie bien qu'elle soit asymptomatique et réversible. Le stade final est la cirrhose, qui est souvent irréversible. Elle peut être

asymptomatique ou associée à des complications :

- ascite (accumulation de liquide dans l'abdomen),
- hémorragie digestive,
- encéphalopathie.

Le cancer du foie découle le plus souvent d'une cirrhose restée longtemps asymptomatique.

Le risque de cirrhose augmente dès 25 g d'alcool pur par jour et est proportionnel à la dose et la durée de consommation. Le seuil de tolérance est plus bas chez la femme et certains facteurs de risques agissent en synergie avec la consommation d'alcool comme le surpoids, le diabète, l'hypertension artérielle (HTA), la dyslipidémie, l'existence d'une hépatite virale ou encore les facteurs génétiques.

La cirrhose peut être dépistée par échographie ou élastométrie. Pour éviter l'apparition des complications et améliorer le pronostic vital, l'abstinence à l'alcool reste la solution la plus efficace.

La quasi-totalité des usagers alcoolodépendants développent une stéatose, mais seuls 8 à 20 % développent une fibrose ou une cirrhose.

L'hépatite alcoolique est une autre conséquence de la consommation d'alcool sur le foie. Il s'agit d'une inflammation aiguë du foie qui peut découler d'une consommation excessive d'alcool. Elle se développe parfois sur un foie sain mais essentiellement sur un foie déjà touché par une maladie alcoolique chronique. À l'arrêt de la consommation, l'hépatite alcoolique est souvent réversible.

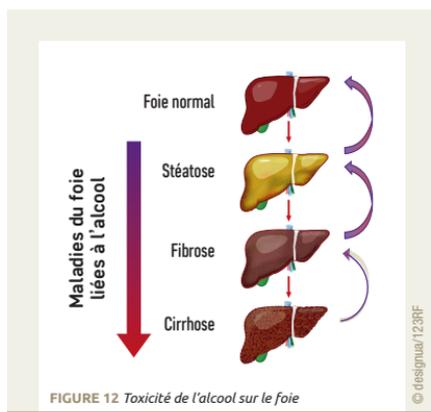


FIGURE 12 Toxicité de l'alcool sur le foie

ALCOOL ET MALADIES CARDIOVASCULAIRES

La consommation d'alcool fragilise le cœur, élève la pression artérielle et augmente ainsi le risque d'hypertension, de cardiopathie ischémique et d'accident vasculaire cérébral.

Par ailleurs, la consommation d'alcool excessive peut provoquer :

- une inflammation du pancréas ;
- des dommages sur les nerfs : troubles de la marche et de l'équilibre ;
- une aggravation de certaines maladies, comme le diabète, ou les pathologies du système nerveux : polynévrite, cécité, démence ;
- des dommages psychiques : une diminution des facultés de mémorisation et de concentration, une diminution des capacités de compréhension et de discernement, des troubles de la personnalité, de l'apprentissage, de l'anxiété, de la dépression, des insomnies ;
- une altération de la qualité de la peau.

info



LE « FRENCH PARADOXE »

Il s'agit d'une théorie selon laquelle une consommation d'alcool modérée, notamment de vin, aurait un effet protecteur contre les maladies cardiovasculaires comparativement à l'abstinence. Cette idée a été émise à la suite du constat d'un nombre moindre de décès liés à des maladies cardiovasculaires en France comparativement à d'autres pays, comme le Royaume-Uni, et a été confortée par une courbe en « J », c'est-à-dire associant consommation modérée d'alcool et risque moindre de décès par accident vasculaire cérébral, par infarctus du myocarde et par cardiopathie ischémique.

Cette théorie, soutenue essentiellement par l'industrie de l'alcool, a été réfutée depuis par de nombreuses études, mais a laissé dans les mémoires que « boire un verre de vin par jour, c'est bon pour le cœur ».

Aujourd'hui, il a été montré que les études à l'origine de cette théorie contenaient de nombreux biais méthodologiques comme par exemple l'inclusion dans le groupe des abstinents de buveurs occasionnels et anciens buveurs. Une fois les études biaisées exclues des méta-analyses, les résultats ne montraient plus aucune protection associée à la consommation d'alcool. Par ailleurs, toutes causes de décès confondues, les consommateurs modérés ne présentent pas de facteur protecteur par rapport aux abstinents.

Il n'existe donc pas de consommation d'alcool sans risque pour la santé.



3.2.3 | TROUBLES NEUROPSYCHOLOGIQUES

LES SYNDROMES DE GAYET-WERNICKE ET DE KORSAKOFF

Ces syndromes se développent le plus souvent chez des personnes consommant de grandes quantités d'alcool ou souffrant de malnutrition. Ces deux causes entraînent une carence en thiamine (vitamine B1) par déficit d'absorption.

- **LE SYNDROME DE GAYET-WERNICKE**

D'un point de vue clinique, il s'agit d'un état confusionnel aigu appelé encéphalopathie de Wernicke. Il est marqué par une réduction de l'activité qui peut provoquer des pertes d'équilibre, une instabilité à la marche, des problèmes de mouvements oculaires, une confusion et une somnolence.

Le traitement préconisé est l'administration systématique, et dès suspicion de l'apparition du syndrome, de vitamines B1, B6 et PP par voie intraveineuse. Il permet de corriger, en tout ou partie et selon le délai de prise en charge, l'encéphalopathie de Wernicke. L'arrêt total de la consommation d'alcool doit être associé à la vitaminothérapie.

- **LE SYNDROME DE KORSAKOFF**

D'un point de vue clinique, il s'agit d'un trouble cognitif sévère caractérisé par une amnésie chronique associée à une altération des capacités de planification notamment, qui peut provoquer une perte sévère de la mémoire des événements récents.

Le syndrome de Korsakoff conduit ainsi à une forme inhabituelle d'amnésie. C'est la forme la plus sévère de troubles cognitifs induits par la toxicité de l'alcool. Le syndrome de Korsakoff se développe chez 80 % des personnes atteintes d'encéphalopathie de Wernicke non traitée.

Le syndrome de Korsakoff peut persister après la vitaminothérapie mise en place suite au syndrome de Gayet-Wernicke. Le sevrage de la consommation d'alcool et un suivi adapté permettent une amélioration importante de l'état de santé des personnes atteintes par ce syndrome.

Bien que présents chez 30 % des patients hospitalisés pour un sevrage de l'alcool, ces syndromes restent méconnus et peu repérés du fait de leur installation progressive et de la confusion entre les symptômes liés à la consommation d'alcool et ceux persistants après le sevrage.

Les troubles neuropsychologiques peuvent être évalués grâce à l'échelle BEARNI (*Brief evaluation of alcohol-related neuropsychological impairment*) (Annexe 1).

3.2.4 | TROUBLES COGNITIFS

Les troubles cognitifs sont présents chez 50 à 70 % des patients hospitalisés pour une dépendance à l'alcool. La sévérité des troubles est liée à l'âge de la première consommation, à l'âge d'apparition de la dépendance, à la quantité totale d'alcool consommée et à la sévérité des carences nutritionnelles.

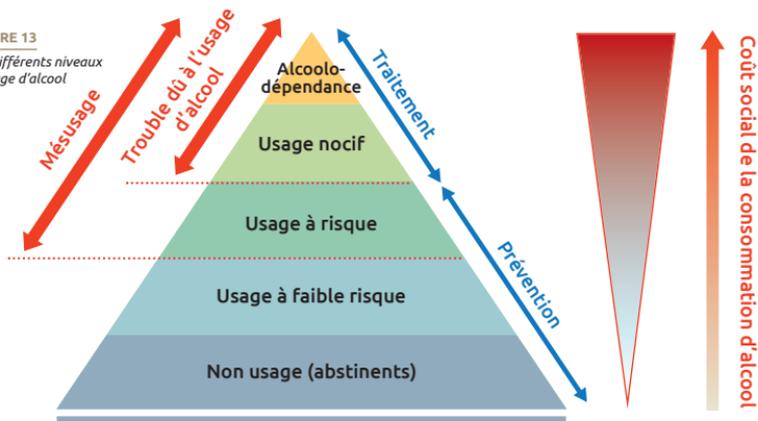
La prévalence des troubles cognitifs liés à l'alcool est sous-estimée et ils sont insuffisamment pris en charge. Leur traitement repose sur la mobilisation des fonctions altérées telles que la mémoire épisodique, les fonctions exécutives, la motivation et la cognition sociale. La réversibilité des troubles est possible mais le temps de récupération est long.

Leur repérage, par le MoCA (*Montreal cognitive assessment*) ou l'échelle BEARNI, est un élément essentiel.

3.3 | Niveaux de consommation

FIGURE 13

Les différents niveaux d'usage d'alcool



Selon les consommateurs, les niveaux d'usage des substances psychoactives, et notamment de l'alcool, diffèrent. Ainsi, deux catégories sont considérées comme non problématiques : le non usage, ou abstinence primaire ou secondaire, et l'usage simple ou à faible risque. Dans la continuité, trois catégories sont caractéristiques d'un mésusage : l'usage à risque, l'usage nocif et la dépendance.

L'usage à risque correspond à une consommation excédant les repères de consommation à faible risque ou à un usage dans des situations à risques majorés comme par exemple la conduite de véhicule ou la consommation conjointe de plusieurs substances psychoactives. Dans l'usage à risque, les dommages encourus ne se sont pas encore produits.

L'usage nocif est caractérisé, non pas par un niveau de consommation, mais par l'apparition à au moins une reprise d'un dommage médical, psychologique ou social.



Les usages à risque et nocifs engendrent un surrisque de maladies évitables et de décès prématurés.

Les usages avec dépendance regroupent tous les niveaux de consommation qui conduisent à la perte de contrôle de la consommation.



Les usages nocifs et la dépendance sont regroupés sous la dénomination des troubles dus à l'usage d'alcool, caractérisés par l'apparition de dommages en lien avec la consommation.

Les différents niveaux d'usage peuvent être explorés grâce à des questionnaires, comme l'AUDIT (Annexe 2).

3.4 | Dépendance

info



LES CRITÈRES DU TROUBLE DÛ À L'USAGE D'ALCOOL DU DSM-5

Le trouble dû à l'usage d'alcool (TUA) est défini par 11 critères diagnostiques présentés dans le DSM-5.

Ainsi, la présence d'au moins deux critères sur les 12 derniers mois indique l'existence d'un TUA :

- 1 | La consommation d'alcool en grande quantité ou sur une durée plus longue que prévue.
- 2 | Le désir persistant ou l'incapacité à diminuer la consommation d'alcool.
- 3 | Passer un temps considérable à se procurer, à boire ou à se rétablir après avoir bu de l'alcool.
- 4 | Le *craving* d'alcool (envie impérieuse de consommer).
- 5 | Le fait de ne pas remplir ses obligations au travail, à la maison ou à l'école de façon répétée à cause de l'alcool.
- 6 | Continuer à consommer de l'alcool malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux récurrents dus à l'alcool.
- 7 | Abandonner des activités sociales, professionnelles ou de loisir importantes à cause de l'alcool.
- 8 | Consommer de l'alcool dans des situations mettant la vie en danger.
- 9 | Continuer à consommer de l'alcool en dépit d'un trouble physique ou mental provoqué ou aggravé par l'alcool.
- 10 | Présenter une tolérance à l'alcool.
- 11 | Présenter des symptômes du sevrage alcoolique ou boire de l'alcool en raison du sevrage.



On retrouve dans la définition de la dépendance :

- l'impossibilité de s'abstenir de consommer sous peine de ressentir des symptômes de manque, et ce bien que le risque engendré soit connu ;
- le *craving*, envie impérieuse de consommer ;
- le syndrome de sevrage, ensemble des symptômes ressentis lors d'un arrêt de consommation ;
- la tolérance ou accoutumance, nécessité d'augmenter les doses consommées pour retrouver les effets ressentis lors des premières consommations en lien avec la moindre activation du circuit de la récompense au cours du temps et de l'accélération de la métabolisation de l'alcool.



L'alcool, avec la nicotine dans le tabac fumé et les opioïdes, fait partie des trois substances les plus addictogènes.

L'entrée dans la consommation, pour toute substance, dépend de trois piliers que sont l'individu, le produit et l'environnement. C'est l'interaction de ces trois facteurs qui peut, à un moment donné et dans un contexte particulier, conduire une personne à développer une dépendance.



Dans le cas particulier de l'alcool, plusieurs facteurs jouent un rôle majeur dans le risque de dépendance, c'est le cas :

- de l'âge des premières consommations ;
- des antécédents familiaux de troubles dus à l'usage d'alcool ;
- du sexe.

On sait aujourd'hui que les facteurs génétiques jouent pour 50 % dans le risque de dépendance à l'alcool, les facteurs externes représentant le restant du risque. Une exposition intra-utérine multiplie par 4 à 5 le risque de développer un trouble dû à l'usage d'alcool. Le début des consommations à l'adolescence, entre 10 et 15 ans, double ce risque.

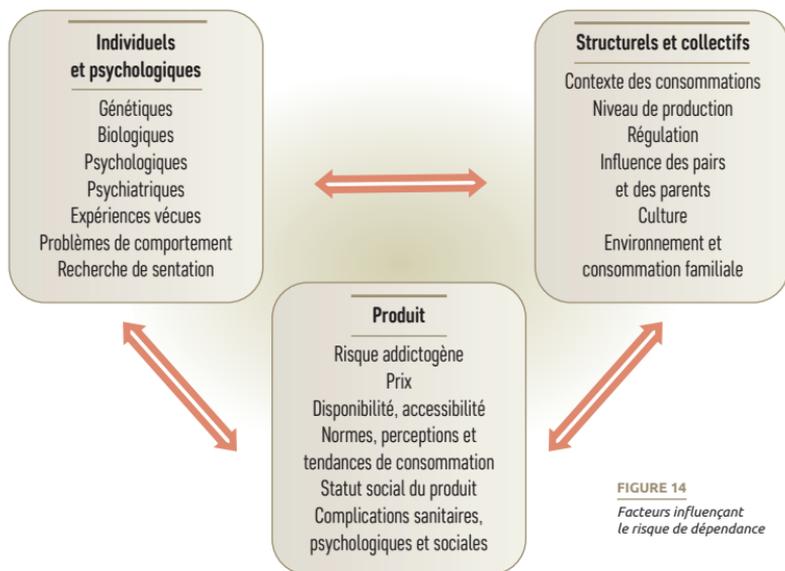
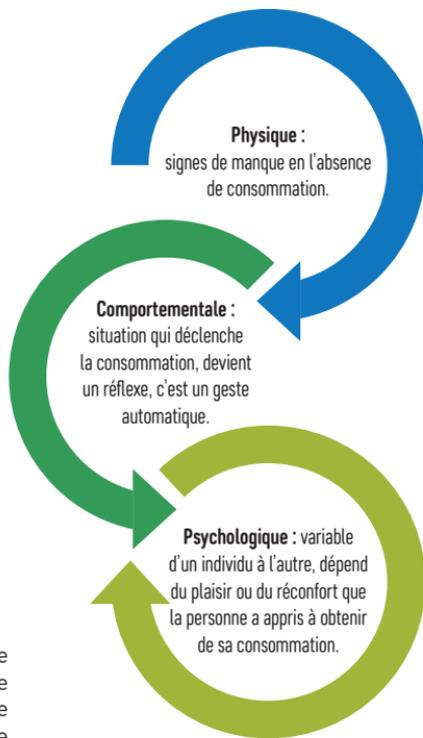


FIGURE 14
Facteurs influençant le risque de dépendance

La consommation d'alcool repose, dans un premier temps, sur le renforcement positif. Lorsqu'un individu consomme de l'alcool, son cerveau produit de la dopamine qui active le circuit de la récompense. Pour revivre ces effets positifs, la personne a tendance à réitérer la consommation. Après un certain temps, et quand la dépendance s'installe, la production de dopamine s'amointrit pour maintenir l'homéostasie, le circuit de la récompense est alors moins activé ce qui contribue à une baisse de l'humeur et une augmentation de l'anxiété. En effet, l'alcool est aussi un déprimeur qui ralentit le fonctionnement du cerveau. Chez les personnes dépendantes, la consommation est alors motivée par le renforcement négatif ; la personne consomme pour éviter de subir les effets négatifs liés au manque de la substance.

Il existe trois types de dépendance, qui peuvent s'exprimer plus ou moins selon la substance ou le comportement dont il est question et selon la personne qui le consomme. Ainsi, la dépendance physique est particulièrement marquée pour le tabac fumé (nicotine), l'alcool, les opioïdes et les benzodiazépines, les dépendances comportementale et psychologique varient d'un individu à l'autre mais se retrouvent globalement pour l'ensemble des consommations.

FIGURE 15
Les 3 types de dépendance



3.5 | Sevrage

Le syndrome de sevrage peut apparaître à l'arrêt des consommations chez une personne alcoolodépendante. Il peut être très sévère et mortel. Il se caractérise par différents symptômes physiques :

• Tremblements	• Dépression
• Nausées	• Sensation de malaise
• Vomissements	• Troubles de la conscience
• Insomnies	• Diminution de l'attention
• Tachycardie	• Hyperthermie
• Maux de tête	• Désorientation
• Anxiété	• Hallucinations
• Agitation psychomotrice	• Crises convulsives

Ces symptômes apparaissent dans les 6 à 48 heures suivant le sevrage alcoolique, c'est-à-dire l'arrêt des consommations. Ils disparaissent ensuite dans les 2 à 5 jours.

LE DELIRIUM TREMENS

Le *delirium tremens* est la forme la plus sévère du syndrome de sevrage à l'alcool.

Il est la raison principale pour laquelle l'arrêt de l'alcool chez les personnes dépendantes doit être accompagné par une équipe médicale.

Le *delirium tremens* se caractérise par l'intensification des symptômes de sevrage dans les premiers jours suivant l'arrêt de la consommation. Environ 5 % des patients en sevrage d'alcool expérimente un syndrome de sevrage sévère incluant le *delirium tremens* notamment. La mortalité du *delirium tremens* est estimée entre 1 et 5 %. Les signes cliniques sont l'augmentation des tremblements, une forte agitation psychomotrice, une confusion et un délire hallucinatoire, souvent accompagné de visions terrifiantes, ainsi que la survenue possible de crises convulsives. Il peut aussi se compliquer de troubles métaboliques, d'arythmies cardiaques et d'hyperthermie.

En l'absence de traitement, la mortalité liée au *delirium tremens* dépasse 20 %.

La prise en charge du *delirium tremens* repose sur le repérage et l'anticipation de facteurs de risque prédictifs et l'administration de benzodiazépines. Des échelles permettent également d'évaluer la sévérité des symptômes de sevrage, il s'agit du Cushman (Annexe 3) et de la CIWA-Ar (*Revised Clinical Institute withdrawal assessment for alcohol scale*) (Annexe 4).

Biologiquement le *delirium tremens* est dû à un déséquilibre entre inhibition et excitation dans le cerveau, comme présenté dans le schéma ci-dessous. Le sevrage provoque un changement brutal, sans temps nécessaire à la réadaptation à une situation sans alcool, ce qui entraîne le *delirium tremens*.

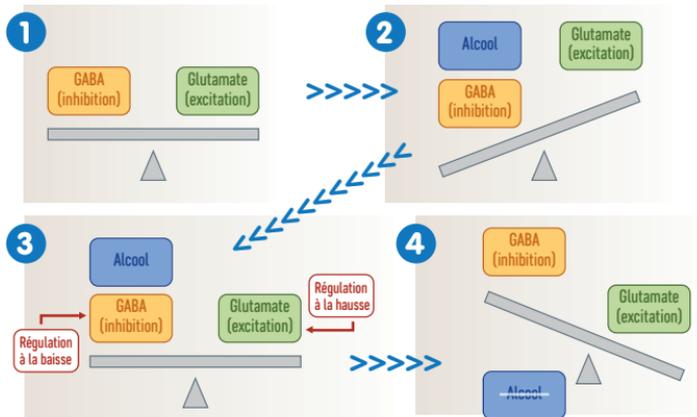


FIGURE 16 Adaptation du cerveau à la consommation excessive et chronique d'alcool



© somethingcoovector - sumitwa / 123RF

3.6 | Des particularités

3.6.1 | CHEZ LA FEMME

Les femmes présentent une sensibilité accrue aux effets toxiques de l'alcool en lien avec des différences de métabolisme et de distribution.

Concernant le métabolisme, l'alcool déshydrogénase (ADH), enzyme permettant de métaboliser la molécule d'alcool, est moins active chez la femme. De plus, il existe une action des hormones féminines, œstradiol et progestérone, et du cycle menstruel sur la réponse à l'alcool et l'apparition du *craving*. Ces hormones ont en effet la capacité de modifier la sensibilité du système GABAergique.

Concernant la diffusion, le volume de distribution de l'alcool est moindre chez la femme que chez l'homme. La concentration d'alcool dans le sang augmente donc plus chez la femme. En effet, l'alcool est hydrophile et ne diffuse pas dans la masse graisseuse qui est proportionnellement plus élevée chez la femme. Par ailleurs, les femmes sont en moyenne plus petites et moins corpulentes ce qui induit également un volume de distribution moindre.

Finalement, à consommation égale, l'alcoolémie est supérieure chez la femme et les atteintes cognitives sont plus marquées.

Le basculement vers un trouble dû à l'usage d'alcool chez les femmes est plus rapide et plus sévère que chez les hommes. En revanche, son apparition est plus tardive en âge et la prise en charge débute en moyenne plus rapidement après les premiers effets négatifs que chez les hommes.

Enfin, les conséquences des consommations d'alcool sont majorées chez les femmes. Par exemple, les dommages hépatiques apparaissent plus rapidement chez les femmes en raison des différences physiologiques, il existe une sensibilité accrue aux effets toxiques cardiaques et une augmentation du risque de cancer du sein dès la consommation de doses faibles (entre un et deux verres par jour) et proportionnellement à la quantité consommée. Le risque de mortalité lié à l'alcool est finalement plus élevé chez la femme.



ALCOOL ET GROSSESSE

Il n'existe pas de consommation d'alcool sans risque pendant la grossesse :

- aucun moment de consommation n'est dénué de risque ;
- aucune quantité n'est suffisamment faible pour éviter tout risque.

Les recommandations sont donc « Zéro alcool pendant la grossesse ».

L'alcool passe la barrière placentaire, ce qui induit une hausse de l'alcoolémie chez le fœtus au même niveau que chez la mère. Par ailleurs, le foie du fœtus étant en développement, il dégrade l'alcool plus lentement conduisant à une persistance de l'alcoolémie jusqu'au retour de l'alcool dans le sang de la mère.

Les conséquences de la consommation d'alcool pendant la grossesse sont multiples :

- fausse couche ou accouchement prématuré,
- défaut de développement des organes,
- retard mental, physique, troubles du comportement.

Il est également fortement déconseillé de consommer de l'alcool pendant la période d'allaitement. Toutefois, si cela n'est pas possible, il est recommandé de limiter la consommation à une ou deux fois par semaine au maximum et en faible quantité, soit pas plus d'un verre, et de toujours consommer après une tétée et le plus longtemps possible avant la suivante.

En France, bien que les données soient difficiles à obtenir, 20 % des femmes enceintes auraient bu de l'alcool pendant leur grossesse. Et environ 1 % des nouveau-nés auraient été exposés à l'alcool avant leur naissance.

L'alcool est la drogue la plus toxique pour le neurodéveloppement et la plus tératogène, c'est-à-dire qui induit le plus de malformations. La conséquence la plus grave du trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) est le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF). Le TSAF est la première cause de handicap mental d'origine non génétique en France et dans le monde.

La prévalence du SAF est de 37 pour 10 000 naissances en Europe et de 1 naissance sur 1 000 en France. Il est caractérisé par une consommation d'alcool de la mère pendant la grossesse, par une dysmorphie faciale, un retard de croissance intra-utérin (au moins 10 % de diminution sur la taille et le poids), des anomalies du système nerveux central, des troubles du développement cognitif et comportemental et des malformations. L'apparition du SAF dépend de l'intensité, de la période et de la durée d'exposition à l'alcool. Il est particulièrement alarmant du fait de la gravité de ses conséquences pour l'enfant et du diagnostic difficile et souvent tardif.

Journée mondiale de sensibilisation au Syndrome d'Alcoolisation Fœtale

Chaque année, la journée du 9 septembre est l'occasion de sensibiliser et d'informer sur le syndrome d'alcoolisation fœtale.



3.6.2 | CHEZ LE SUJET ÂGÉ

En vieillissant, l'alcool est moins bien toléré par l'organisme. L'alcoolémie augmente plus rapidement, en raison d'un volume de distribution amoindri en lien avec une diminution du poids et de la masse musculaire. L'alcool persiste plus longtemps dans l'organisme car le foie est de moins en moins efficace avec l'âge. Ainsi, une personne âgée qui maintiendrait ses consommations d'alcool à un même seuil que plus jeune verrait les effets de sa consommation et l'ivresse arriver plus rapidement. Par ailleurs, si la consommation moyenne est moindre dans la population âgée, la fréquence de la consommation régulière y est plus élevée.

Les repères de consommation sont ainsi revus à la baisse après 65 ans.

Il est recommandé :

- de ne pas dépasser 2 verres par occasion, d'avoir au moins 2 jours sans consommation dans la semaine et de ne pas dépasser 7 verres par semaine.

Par ailleurs, les consommations d'alcool chez les personnes âgées sont souvent moins visibles. En effet, elles engendrent moins de répercussions sociales (arrêt de travail, etc.) et sont moins vues des proches, les liens sociaux étant parfois amoindris. Les symptômes de la consommation d'alcool peuvent aussi être confondus avec les symptômes d'autres pathologies liées à l'âge.

Les conséquences de la consommation d'alcool chez les personnes âgées présentent un risque accru lié aux troubles de la perception (vue, ouïe) et de l'équilibre, à l'origine de chutes, des troubles cognitifs ou du comportement, la survenue d'une confusion mentale, ou encore des comorbidités médicales.

Par ailleurs, l'alcool peut modifier les effets de certains traitements médicamenteux ou augmenter l'apparition de leurs effets indésirables.

3.7 | Comorbidités

On appelle comorbidités, ou pathologies duelles, la co-occurrence de deux pathologies. Chez une personne souffrant d'un trouble dû à l'usage d'alcool, la présence d'une seconde pathologie s'avère être très fréquente.

Cette situation pose plusieurs problèmes :

- une difficulté de diagnostic pour chacune des pathologies, faute de pouvoir attribuer de façon évidente chacun des symptômes à l'une des maladies, et certains symptômes pouvant résulter de l'intoxication au produit ;
- une aggravation du pronostic, chacune des pathologies pouvant être délétère pour la progression de la seconde, et l'accumulation engendrant une vulnérabilité accrue ;
- un retard et une difficulté d'accès aux soins, chaque pathologie ne relevant pas forcément du même service que la seconde, et chaque service retardant la prise en charge du fait des symptômes de la pathologie comorbide ;

- un risque majeur de déni de l'addiction de la part des soignants œuvrant dans un service autre que l'addictologie, en raison de la méconnaissance de ces pathologies ;
- une exclusion des études scientifiques, les biais étant trop présents ;
- une priorisation arbitraire d'une pathologie face à l'autre, souvent iatrogène comparativement à la prise en charge concomitante ;
- une difficulté globale dans le parcours de soins, allongement du temps d'hospitalisation, augmentation de la fréquence d'hospitalisation, diminution de l'observance et augmentation des rechutes.

Face à un patient présentant des comorbidités, une prise en charge coordonnée ou intégrée et pluridisciplinaire est toujours nécessaire.

Par ailleurs, la consommation d'alcool peut entraîner, en plus de l'addiction, une autre pathologie psychiatrique dite « secondaire » car due à la consommation d'alcool. La part respective des morbidités psychiatriques pré-existantes ou secondaires est difficile à déterminer.

info



COMORBIDITÉS PSYCHIATRIQUES ET ADDICTOLOGIQUES

Au moment du sevrage à l'alcool, 80 % des patients

présentent des symptômes dépressifs, dont 1/3 sont des dépressions avérées. La dépression est ainsi 3 fois plus fréquente chez les femmes alcoolodépendantes que chez celles qui ne le sont pas.

Le risque suicidaire est également plus prévalent chez les personnes souffrant de troubles dus à l'usage d'alcool, il est ainsi multiplié par 6 à 8 sur la vie entière.

Enfin, les prévalences de la schizophrénie, des troubles bipolaires, psychotiques et de personnalités anxieuses, antisociales, borderlines sont également plus importantes.

Par ailleurs, l'existence d'un trouble du déficit attentionnel avec ou sans hyperactivité (TDAH) à l'âge adulte multiplie par un facteur 6,5 le risque d'alcoolodépendance, en favorisant des consommations plus précoces et excessives.

Concernant l'addictologie, les personnes alcoolodépendantes consomment :

- du tabac pour 60 à 70 % d'entre elles ;
- d'autres drogues pour 13 % d'entre elles ;
dont :
 - du cannabis pour 10 % d'entre elles ;
 - des opiacés pour 2 à 3 % d'entre elles.



3.8 | Conséquences sociales

La consommation d'alcool impacte la vie sociale des individus. Elle conditionne les groupes sociaux dans lesquels nous évoluons, les liens que nous créons et les situations auxquelles nous faisons face. Lorsqu'une personne souffre de troubles dus à l'usage d'alcool, ses relations risquent de fait d'être affectées ou modifiées. Ainsi, des problèmes peuvent survenir avec les proches, familles, amis, collègues et conduire à un éloignement, qui poussé à l'extrême conduit à un isolement et une désocialisation.

La vie professionnelle, ou étudiante, peut aussi être impactée par les consommations d'alcool qui engendrent régulièrement un absentéisme, une démotivation, une baisse des résultats et de la productivité voire un décrochage.

Enfin, la vie personnelle peut être affectée aussi, si l'usager n'est plus en mesure de réaliser les tâches quotidiennes. Les répercussions négatives de la consommation d'alcool sont souvent subies par la famille, conjoints et enfants notamment, comme les difficultés financières, la gestion des conséquences sur la santé du consommateur ou l'impact sur la vie familiale.

La consommation d'alcool impacte aussi le risque de survenue d'accidents et d'actes de violence et de délinquance. L'alcool est ainsi impliqué dans 30 % des actes de violence, dans 1/3 des accidents mortels sur la route et augmente d'un facteur 6 à 8 le risque suicidaire. Par ailleurs, la consommation d'alcool augmente également le risque de rapports sexuels non protégés, non désirés ou à risques.

Enfin, la consommation excessive d'alcool peut avoir des répercussions financières. Représentant un coût pour l'usager, ces consommations peuvent empêcher la réalisation des besoins naturels de chaque individu, limiter sa capacité d'accéder ou de maintenir un logement, contraindre son alimentation, etc.

3.9 | Interactions pharmacologiques

L'alcool est la première substance psychoactive consommée en France et, parallèlement, beaucoup de Français prennent régulièrement ou occasionnellement des traitements médicamenteux. Cette co-consommation peut entraîner de multiples effets comme :

- la modification de l'absorption et/ou de l'élimination des médicaments ;
- l'augmentation de leurs effets secondaires indésirables ;
- la diminution d'efficacité des traitements.

Ces effets peuvent être :

- **pharmacocinétiques** : modification du devenir du médicament dans l'organisme humain ;
- **pharmacodynamiques** : modification de l'action exercée par un médicament sur l'organisme humain.

TABLEAU 3 Interactions entre alcool et médicaments

Type d'effets	Conséquences de l'interaction	Médicaments concernés
Effets pharmacocinétiques	• Retardement de l'absorption de l'alcool	• Certains antidépresseurs (ex. : imipramine, clomipramine)
	• Augmentation de l'absorption de l'alcool	• Certains antinauséux (ex. : métoclopramide, dompéridone), aspirine, cimétidine, ranitidine
	• Diminution de l'absorption de médicaments	• Tout médicament à la suite de vomissements provoqués par l'alcool
	• Augmentation de la concentration de médicaments	• Médicaments à marge thérapeutique étroite (ex. : digoxine, lithium)
	• Modification de la métabolisation de l'alcool	• Médicaments à effet antituberculeux (ex. : disulfirame, métronidazole, glicazide, kétonazole, glibenclamide, cotrimoxazole, quinacrine, isoniazide, griséofulvine, chloramphénicol, hypoglycémifiants sulfonylurées)
	• Diminution de la métabolisation de médicaments (lors d'une consommation aiguë d'alcool)	• Ex. : phénytoïne, warfarine, médicaments anticoagulants anti-vitamine K
	• Augmentation de la métabolisation de médicaments (lors d'une consommation chronique d'alcool)	• Ex. : phénytoïne, warfarine, médicaments anticoagulants anti-vitamine K, paracétamol
Effets pharmacodynamiques	• Diminution de la vigilance	• Antidépresseurs sédatifs (ex. : mirtazapine), anxiolytiques (ex. : benzodiazépines) et antalgiques opioïdes
	• Augmentation du risque d'hypoglycémie	• Traitements antidiabétiques
	• Augmentation du risque d'hypotension artérielle	• Ex. : médicaments antihypertenseurs, contre la maladie de Parkinson ou les troubles de l'érection
	• Augmentation de la toxicité hépatique	• Ex. : paracétamol, méthotrexate, duloxétine
	• Augmentation des effets indésirables gastriques	• Anti-inflammatoires non stéroïdiens (ex. : ibuprofène, kétoprofène, aspirine)
	• Diminution du seuil de crise convulsive, lésions hépatiques	• Ex. : neuroleptiques antipsychotiques
	• Vasodilatation	• Ex. : hydrate de chloral



Globalement, et pour éviter tout risque, il est nécessaire de consulter la notice de tout médicament pour connaître les risques engendrés par une consommation simultanée d'alcool.

ALCOOL ET DISULFIRAME

Le disulfirame est un traitement utilisé dans le maintien de l'abstinence à l'alcool. Il s'agit d'un inhibiteur de l'ALDH. L'acétaldéhyde, molécule toxique intermédiaire dans la métabolisation de l'alcool, est alors plus concentrée ce qui conduit à des effets délétères. C'est l'effet antabuse qui se caractérise par un *flush* du visage, des palpitations, des nausées, des vomissements, des vertiges, etc.

Ces conséquences désagréables de la consommation d'alcool ne peuvent alors être évitées qu'en s'abstenant de consommer. C'est ce mécanisme qui permet de prévenir la reprise de consommation.

**3.10 | Polyconsommation**

On parle de polyconsommation lorsqu'une personne consomme régulièrement au moins deux substances psychoactives. On parle de polyaddiction lorsqu'une dépendance est avérée pour au moins deux substances psychoactives.

ALCOOL ET TABAC

Il existe, entre l'alcool et le tabac, deux phénomènes :

- le renforcement mutuel : la consommation de l'un appelle celle de l'autre,
- la tolérance croisée : l'accoutumance à l'alcool entraîne l'augmentation de sa consommation ce qui favorise l'accoutumance au tabac.

Ainsi, il existe une corrélation positive entre consommation d'alcool et de tabac. Mais les risques présentés par la consommation conjointe de ces deux substances sont aussi synergiques. Ainsi, le risque de développer un cancer des voies aéro-digestives supérieures augmente d'un facteur 45 dans cette situation. Le risque cardiovasculaire est également augmenté.

ALCOOL ET CANNABIS

L'alcool et le cannabis sont des déprimeurs dont les effets sont synergiques. Ainsi, le cannabis amplifie les effets de l'alcool et boire de l'alcool avant de consommer du cannabis augmente le taux de tétrahydrocannabinol (THC) et son temps de diffusion dans le sang. L'accoutumance au cannabis augmente également celle à l'alcool. La combinaison de ces deux substances est particulièrement dangereuse au volant.

ALCOOL ET STIMULANTS

Les stimulants diminuent la perception des effets de l'ivresse et peuvent donc entraîner une majoration des consommations. Cela induit aussi un sentiment de contrôle alors même que les facultés sont largement altérées. Certains risques pour la santé sont majorés comme la déshydratation, les troubles du rythme cardiaque, la confusion mentale, les attaques de panique et les idées délirantes.

Aussi, notons qu'une attention particulière doit être portée sur les boissons énergisantes qui masquent les effets de l'alcool et peuvent ainsi entraîner une consommation plus importante.

La combinaison d'alcool et de cocaïne augmente le risque de comportement impulsif, d'agressivité et le risque cardiovasculaire. De plus, la consommation conjointe de cocaïne et d'alcool est à l'origine de la production du cocaéthylène, un métabolite psychoactif qui accroît les effets de la cocaïne et augmente le risque de dommages sur le foie mais aussi sur le système cardiovasculaire. Il peut provoquer des malaises d'origine cardiaque.

L'alcool et l'ecstasy consommés conjointement augmentent la déshydratation et les troubles de la fonction hépatique. À court terme, de la confusion et un sentiment d'angoisse peuvent apparaître et, à long terme, des troubles de la mémoire, de la concentration et de l'humeur peuvent survenir.

ALCOOL ET OPIOÏDES

Cette consommation renforce les effets déprimeurs respiratoires et peut ainsi plus rapidement conduire au coma. La combinaison d'alcool et d'opiacés est une cause fréquente d'overdose.

ALCOOL ET BENZODIAZÉPINES

L'alcool et les benzodiazépines sont des déprimeurs du système nerveux central. Dès de faibles doses, les risques de somnolence, d'étourdissements et de chutes sont majorés. À plus fortes doses, le risque de surdose, et donc de dépression respiratoire, est accru.

LES POINTS ESSENTIELS

- ➔ **Il n'existe pas de consommation d'alcool sans risque.**
- ➔ Aucune consommation d'alcool n'est bénéfique pour la santé.
- ➔ L'alcool, avec la nicotine dans le tabac fumé et les opioïdes, fait partie des trois substances les plus addictogènes.
- ➔ L'alcool est la substance psychoactive présentant le plus fort risque cumulé pour le consommateur et pour son entourage.
- ➔ L'alcool est tératogène et à l'origine de conséquences irréversibles s'il est consommé pendant la grossesse.
- ➔ Le sevrage d'alcool doit systématiquement être accompagné pour éviter tout risque de *delirium tremens*, conséquence la plus grave du sevrage à l'alcool et pouvant conduire à la mort.
- ➔ Il existe un lien fort entre consommation de tabac et consommation d'alcool qui s'entraînent mutuellement.



4 | Alcool et jeunes

Données de consommation

L'adolescence est une période de développements majeurs, sur les plans sociaux, physiologiques, psychologiques et cognitifs. Les expériences vécues à cette période influencent donc ces développements positivement ou négativement.

Parmi l'ensemble des substances psychoactives, l'alcool est la première expérimentée par les jeunes, dès l'adolescence. Ainsi, en 2018, 60 % des collégiens avaient déjà expérimenté au moins une fois l'alcool. Néanmoins, l'expérimentation a baissé parmi les élèves de 3^e qui sont, en 2021, 35,9 % à n'avoir jamais consommé de l'alcool contre 16,8 % en 2018. En 2021, 16,4 % des 3^e déclaraient avoir connu une ivresse au cours de la vie. En 2018, au lycée, ils sont 41,5 % à avoir vécu une alcoolisation ponctuelle importante (API), c'est-à-dire, pour les jeunes, à avoir consommé cinq verres ou plus en une même occasion.

En 2022, l'enquête ESCAPAD menée par l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) montre qu'à 17 ans, 80,6 % des jeunes ont déjà consommé de l'alcool, un chiffre en baisse puisqu'il atteignait 92,6 % en 2008. En 2022, 58,6 % des jeunes ont consommé dans le dernier mois et 7,2 % ont eu un usage régulier d'alcool, avec au moins dix occasions de consommation dans le mois.

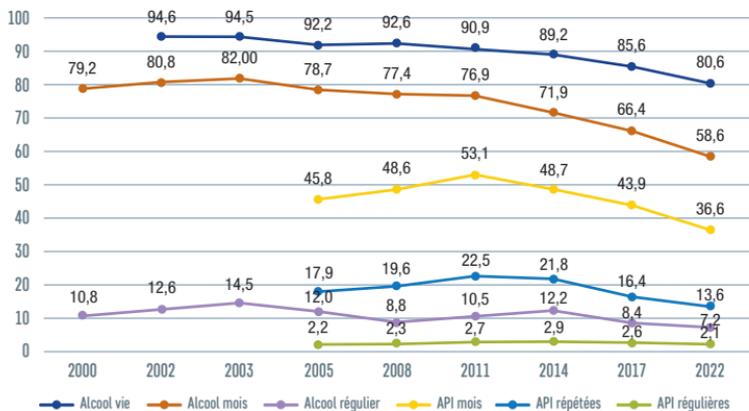


FIGURE 17 Évolution des niveaux d'usage d'alcool à 17 ans depuis 2000 (Source : enquêtes ESCAPAD - OFDT)

Conséquences spécifiques

Les conséquences des consommations à risque à l'adolescence sont notamment un risque majoré de poursuivre ce type de consommation à l'âge adulte. En effet, l'âge de la première exposition est un facteur de risque majeur de développer un trouble dû à l'usage d'alcool.

Par ailleurs, chez l'adolescent, le cerveau est encore en développement et les consommations d'alcool peuvent avoir des conséquences irréversibles, par exemple sur les capacités de raisonnement, de concentration, de planification, d'orientation ou de mémorisation. Le foie est également plus petit et métabolise donc l'alcool moins vite, l'alcoolémie perdure ainsi plus longtemps. Globalement, les organes sont plus vulnérables et donc plus impactés par la consommation d'alcool. L'alcool impacte également plus rapidement les réflexes et le contrôle de soi.

info

+

LE BINGE DRINKING

Le *binge drinking*, ou « biture express » en français, est un mode d'usage d'alcool qui consiste en la consommation d'une grande quantité en un temps court.

L'objectif est d'atteindre l'ivresse rapidement par le biais d'une alcoolisation ponctuelle importante (API). Cette pratique s'inscrit parfois dans le cadre de jeux entre jeunes et dont la finalité est l'ivresse voire le coma. Ces comportements sont souvent valorisés et recherchés par les jeunes, notamment en milieu étudiant.

En France, le *binge drinking* concernerait plus de la moitié des étudiants.

Cette pratique, particulièrement répandue chez les adolescents et jeunes adultes, présente des risques majeurs à court terme (accident de la circulation, violence, coma, etc.) mais aussi à plus long terme (conséquences neurologiques, atteintes cognitives, dépendance, etc.). Des conséquences émotionnelles et sociales sont aussi observées comme une hausse de l'anxiété, une diminution de l'estime de soi et des réactions émotionnelles et de leur régulation. Le *binge drinking* entre 18 et 25 ans multiplierait par trois le risque de trouble dû à l'usage d'alcool.

Plusieurs définitions existent pour caractériser cette pratique. Par exemple, certains spécialistes définissent le *binge drinking* comme la consommation d'au moins cinq ou six verres standards en moins de 2 heures.

Des critères permettent aussi de mieux comprendre le *binge drinking* :

- 1 | **l'ivresse psychologique** : présence auto-rapportée d'épisodes d'ivresse ;
- 2 | **l'ivresse physiologique** : présence d'épisodes avec alcoolémie supérieure à 0,8 g/L ;
- 3 | **la vitesse de consommation** : consommation d'au moins 20 grammes par heure ;
- 4 | **Le ratio ivresse/consommation** : ivresse dans au moins 30 % des épisodes de consommation ;



- 5 | la fréquence des épisodes : ivresse au moins deux fois par mois pendant au moins six mois ;
- 6 | l'alternance ivresse/abstinence : moyenne d'au moins trois jours de non consommation par semaine.

Pour valider ces 6 critères, il est nécessaire d'éliminer les facteurs confondants comme un trouble dû à l'usage d'alcool, l'exposition prénatale à l'alcool ou encore une alcoolisation aiguë récente mais unique.

Un score de *binge drinking* peut être calculé grâce à 3 questions qui évaluent :

- A | la vitesse de consommation moyenne en verres standards par heure en soirée,
- B | le nombre d'ivresses ressenties dans les six derniers mois,
- C | le nombre d'ivresses lors des 10 dernières occasions de consommation.

La formule de calcul de score est la suivante : $4 \times A + B + 2 \times C$.

Le résultat obtenu permet de se situer sur une échelle de 3 classes :

- de 0 à 15 points : absence de *binge drinking*,
- de 16 à 24 points : *binge drinking* modéré,
- au-delà de 24 points : *binge drinking* intense.

Avec une évaluation et une réhabilitation adaptées aux niveaux cognitifs et émotionnels, il est possible de remédier en tout ou partie aux troubles existants.

Le BDCT (*Binge drinking classification tool*) détermine, en 5 items clés, le risque d'appartenir à 4 groupes de sévérité croissante : consommation à faible risque, consommation à risque, *binge drinking* et *binge drinking* de haute intensité.

Cet outil est accessible en ligne : <https://extra.u-picardie.fr/bdct/>.



LES POINTS ESSENTIELS

- ➔ La consommation d'alcool à l'adolescence est un facteur de risque majeur de troubles dus à l'usage d'alcool à l'âge adulte.
- ➔ Le cerveau et les organes en développement chez l'adolescent et le jeune adulte sont particulièrement impactés par la consommation d'alcool.
- ➔ Le *binge drinking* est un mode d'usage de l'alcool, sur-représenté chez les jeunes, qui consiste en la consommation d'une grande quantité d'alcool sur un temps court, avec l'objectif d'atteindre l'ivresse.

5 | Alcool et idées reçues

« ACCÉLÉRER L'ÉLIMINATION DE L'ALCOOL : UNE DOUCHE FROIDE ET UN CAFÉ SERRÉ ? »

- L'alcool est absorbé tout au long du tube digestif et essentiellement par l'intestin, puis il est naturellement métabolisé par le foie à hauteur de 95 %. Le reste est éliminé dans les urines, les fèces, la bile, l'air expiré et la sueur. L'alcoolémie commence ensuite à diminuer environ 1 heure après le dernier verre et il faut 2 heures pour éliminer l'équivalent d'un verre d'alcool. Seul le temps permet de diminuer l'alcoolémie. Douche froide ou café serré n'ont aucun effet !

FAUX !

« L'ALCOOL RÉCHAUFFE ET DÉSALTÈRE. »

- Contrairement aux idées reçues, l'alcool ne réchauffe ni ne réchauffe. En effet, la molécule d'alcool, l'éthanol, est diurétique ce qui entraîne une déshydratation. Par exemple, 4 verres d'alcool consommés correspondent à 1 litre d'eau perdu. C'est cette déshydratation qui est à l'origine des symptômes ressentis à la suite d'une consommation importante d'alcool : « la gueule de bois ».

FAUX !

L'alcool ne réchauffe pas plus qu'il ne désaltère. En effet, l'alcool est un vasodilatateur, ainsi les vaisseaux dilatés vont perdre de la chaleur, provoquant de façon passagère un ressenti de chaleur qui n'est en fait que le témoin de la baisse de la température corporelle. En moyenne, un verre d'alcool provoque un refroidissement d'environ 0,1 °C.

« L'ALCOOL, ÇA FAIT GROSSIR. »

- La molécule d'alcool en elle-même est très calorique. Un gramme d'alcool apporte 7 kcal, soit bien plus qu'un gramme de glucides ou de protéines (4 kcal) et à peine moins qu'un gramme de lipides (9 kcal). Ainsi, l'alcool contenu dans un verre standard apporte 70 kcal, soit 3,5 % des apports énergétiques conseillés pour une femme (2 000 kcal/j) et 2,8 % (2 500 kcal/j) de ceux conseillés pour un homme. Les recommandations nutritionnelles préconisent que l'apport calorique provienne à 55 % des glucides, à 30 % des lipides, à 15 % des protéines et que la consommation d'alcool soit réduite.

VRAI !

En plus de ces calories apportées par l'alcool, les sucres résiduels dans les boissons alcoolisées en apportent bien d'autres. Par exemple, une demi-bouteille de vin est aussi calorique que 16 morceaux de sucre ou qu'une baguette de pain. Ainsi un verre de vin rouge apporte plus de 100 kcal et un demi de bière blanche plus de 87 kcal.

La consommation d'alcool favorise également le stockage des graisses, notamment celles apportées par l'alimentation, car les calories de l'alcool sont brûlées au détriment de celles de l'alimentation.

Malnutrition et consommation d'alcool sont souvent liées pour plusieurs raisons :

- la consommation d'alcool cause des dommages provoquant une moindre absorption des nutriments dans le tube digestif (gastrites, pancréatites et hépatites) ;
- comme l'alcool est très calorique l'utilisateur aura un besoin calorique moindre par ailleurs et donc une prise alimentaire réduite en nutriments essentiels ;
- alcool et nutrition s'entretiennent dans un cercle vicieux puisque la malnutrition est également à l'origine d'une aggravation des complications liées à la consommation d'alcool.

info

+

L'ALCOOLOREXIE

Traduit de l'anglais « *drunkorexia* », l'alcoolorexie est un trouble du comportement alimentaire où coexistent l'anorexie et un trouble dû à l'usage d'alcool et derrière lequel se cache la crainte de prendre du poids et le désir d'atteindre l'ivresse plus rapidement. L'alcoolorexie consiste en la réduction des prises alimentaires, pour limiter ses apports caloriques, au bénéfice de la consommation d'alcool. Les personnes souffrant de ce trouble mettent en place des stratégies, telles que la moindre consommation d'aliments, l'utilisation de laxatifs ou les vomissements, pour réduire l'apport calorique attribuable à l'alimentation et ainsi pouvoir s'autoriser une consommation plus importante d'alcool. Ce phénomène est aussi associé à une rapidité de l'ivresse. Les conséquences qui en découlent relèvent donc tant de la privation alimentaire que de la consommation excessive d'alcool et vont des risques d'hypoglycémie et de carences, à des lésions cérébrales et cardiaques, en passant par des risques d'hépatites ou de troubles digestifs. À cela s'ajoute une perte de concentration, des troubles anxieux, une perte d'énergie, une fatigue chronique, voire une dépression. Ce phénomène est majoritairement présent chez les jeunes, notamment les jeunes femmes, avec des stratégies de promotion par l'intermédiaire des réseaux sociaux.

5

info

+

ALCOOL, VITAMINES ET MINÉRAUX

La consommation nocive d'alcool peut provoquer des déficits, voire des carences, en vitamines hydrosolubles (vitamines du groupe B) et liposolubles (vitamines A, D, E et K).

Cela peut être lié à :

- une diminution de l'apport vitaminique par l'alimentation, causée par un apport important de calories par les boissons alcoolisées ;
- une diminution de l'absorption des vitamines au niveau digestif ;
- une altération du métabolisme hépatique, qui contribue normalement au métabolisme de nombreux micronutriments.

Ces déficits peuvent également toucher les minéraux. C'est notamment régulièrement le cas pour le magnésium, le calcium, le zinc ou le sélénium.

« L'ALCOOL FAVORISE L'ACTIVITÉ SEXUELLE. »



Si la consommation d'alcool désinhibe et favorise les rapprochements, l'alcool est surtout un dépresseur qui ralentit le fonctionnement du corps humain. Ainsi, la consommation d'alcool est à l'origine de perturbations de l'érection chez l'homme et d'une diminution du plaisir chez la femme. De plus, l'alcool déshydrate et diminue donc la production de fluides corporels. Enfin, l'alcool a des effets négatifs sur la libido ainsi que sur la fertilité.

La consommation d'alcool en contexte sexuel peut aussi entraîner des prises de risques d'exposition à une grossesse non désirée ou à des risques infectieux, notamment en contribuant à :

- la non ou mauvaise utilisation d'un contraceptif et/ou préservatif,
- l'inefficacité d'un contraceptif hormonal ou de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) (vomissements des comprimés),
- la perte de conscience du risque engendré par la situation,
- l'oubli d'une prise de risque et de son absence de réaction (contraception d'urgence, traitement post-exposition (TPE), dépistage),
- la multiplicité des partenaires.

Le risque de relation sexuelle non consentie est aussi majoré.

La consommation d'alcool augmente la vulnérabilité de ses consommateurs et donc le risque d'exposition à des violences sexuelles sans avoir la capacité de se défendre ou d'agir en conséquence. À l'inverse, la consommation d'alcool par l'auteur de violences sexuelles augmente sa probabilité de passage à l'acte.

Il arrive aussi que des victimes de violences sexuelles commencent ou augmentent leur consommation d'alcool dans un objectif d'automédication, pour apaiser les douleurs ou oublier une situation difficile. Ce même comportement peut être observé chez des personnes souffrant de dysfonctions sexuelles.

Ainsi, consommation d'alcool et sexualité s'entraînent plus dans un cercle vicieux que vertueux, contrairement aux idées reçues !

info

+

L'ALCOOL UN PRODUIT DU CHEMSEX ?

L'alcool, tout comme le cannabis, est classiquement exclu

du cadre du Chemsex. Cependant, il peut être consommé avec des substances souvent associées au Chemsex (cathinones, GHB/GBL, etc.) pour en majorer les effets relaxants ou désinhibiteurs. L'alcool est aussi parfois utilisé dans les phases dites « de descente », c'est-à-dire pendant les heures voire jours qui suivent la consommation de drogues et où des effets secondaires particulièrement désagréables se font sentir.



Ces polyconsommations font courir d'importants risques pour la santé de ceux qui en consomment : intoxication aiguë, troubles comportementaux (agressivité, violences), conséquences sociales (accidents, agressions, endettement, etc.).

Néanmoins, les risques engendrés par la seule consommation d'alcool en contexte sexuel doivent être pris en considération.

« L'ALCOOL REND VIOLENT. »

Le passage à l'acte est augmenté avec l'alcool, ainsi l'alcool est impliqué dans :

- 30 % des faits de violence générale,
- 40 % des faits de violences familiales et conjugales,
- 30 % des viols et agressions sexuelles,
- 25 % des faits de maltraitance à enfants,
- 25 % des condamnations pour délinquance.



Par ailleurs, la consommation d'alcool rend les victimes vulnérables et moins à même de se défendre.

info



LA CONSOMMATION D'ALCOOL LÉGITIME-T-ELLE LA VIOLENCE ?

Dans l'imaginaire collectif, la consommation d'alcool conduit

à une désinhibition et à des actes accentués de violence. Naturellement, nous attribuons donc à l'alcool le pouvoir de rendre violent certains de ces consommateurs ou encore de les désinhiber, de les faire rire plus fort. Or, des études montrent que dans d'autres sociétés l'alcool n'est pas à l'origine d'actes de violence ni d'une désinhibition aussi marquée.

Ainsi, la violence attribuée à la consommation d'alcool pourrait être liée à l'autoréalisation des attentes que nous en avons et que nous croyons en connaître. La consommation d'alcool peut ainsi être utilisée comme un prétexte ou une excuse pour justifier des actes de violence, alors même que l'alcool n'a pas encore agi sur le cerveau...

Des études en double aveugle ont permis de montrer que des volontaires, croyant avoir consommé de l'alcool, avaient des réactions plus violentes que d'autres vraiment alcoolisés. Ainsi, la croyance de son alcoolémie avait plus d'impact que l'alcoolémie réelle sur la violence des sujets.



info



LA SOUMISSION ET LA VULNÉRABILITÉ CHIMIQUE

On parle de soumission chimique lorsqu'une victime se voit

administrer des substances psychoactives à son insu ou sous la contrainte de des fins criminelles (viol, pédocriminalité) ou délictuelles (violence). Au contraire, **on parle de vulnérabilité chimique lorsqu'une personne consomme volontairement des substances psychoactives**, se plaçant alors dans un état de vulnérabilité.

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) réalise à ce sujet une enquête nationale annuelle. Ainsi, en 2019, 365 cas de soumission chimique et 209 cas de vulnérabilité chimique ont été notifiés. Les victimes sont majoritairement des femmes et des jeunes. Les substances utilisées dans les cas de soumission chimique sont à 33 % des antihistaminiques et sédatifs et à 26 % des benzodiazépines alors que l'alcool (87 à 96 %) et le cannabis (33 à 46 %) restent les substances les plus consommées dans les cas de vulnérabilité chimique.



« L'ALCOOL FAVORISE UN MEILLEUR SOMMEIL. »

- ▶ L'alcool perturbe le sommeil, même consommé en faible quantité. L'alcool peut, de façon modérée, faciliter l'endormissement chez certaines personnes, notamment en soulageant une anxiété légère, mais cet effet n'est pas pérenne car la tolérance au produit qui s'installe au cours du temps diminuera l'impact de cette consommation. En revanche, la consommation d'alcool a une influence négative sur la continuité du sommeil, en provoquant des réveils nocturnes dus à une agitation, des cauchemars et une activité onirique plus intense. L'alcool exacerbe également certains troubles du sommeil comme l'insomnie, l'apnée du sommeil ou les ronflements. Les phases les plus réparatrices du sommeil sont donc affectées par la consommation d'alcool.

« IL EST INUTILE D'ESSAYER D'ARRÊTER DE BOIRE PASSÉ UN CERTAIN ÂGE. »

- ▶ Il n'est jamais trop tard pour arrêter de boire de l'alcool. Cela permet, quel que soit l'âge, d'améliorer sa santé et d'éviter un surrisque. En effet, chez les personnes âgées, les chutes sont un des risques principaux de la consommation d'alcool à court terme et la première cause d'hospitalisation. Arrêter de boire permet de se protéger de ce risque, tout comme d'éviter l'interaction médicamenteuse avec les traitements éventuellement en place et de retrouver une alimentation plus riche en nutriments essentiels, sans apport calorique lié à l'alcool. Enfin, l'alcool a des conséquences négatives sur la santé cardiovasculaire, et réduire sa consommation d'alcool permet de préserver son cœur.



Au-delà de la santé physique, arrêter de boire de l'alcool permet de retrouver une meilleure santé psychologique et cognitive en améliorant la capacité de concentration, de mémorisation et en diminuant l'anxiété ou la dépression.

LES POINTS ESSENTIELS



- ➔ Seul le temps permet de réduire l'alcoolémie, rien n'accélère la métabolisation de l'alcool.
- ➔ Il est toujours bénéfique de réduire ou d'arrêter sa consommation d'alcool, quels que soient son âge et son état de santé.
- ➔ L'alcool ne désaltère ni ne réchauffe.
- ➔ L'alcool et les boissons alcoolisées sont très caloriques et peuvent contribuer à des troubles alimentaires et digestifs.
- ➔ L'alcool impacte négativement la santé sexuelle.
- ➔ La consommation d'alcool perturbe le sommeil.
- ➔ La consommation d'alcool est souvent associée à des faits de violence, du fait de ses effets physiques ou ses effets d'attente.

6 | Repérage précoce et intervention brève motivationnelle en alcoologie



Les experts recommandent :

- un repérage systématique des consommations d'alcool à risque par les professionnels de santé lors des consultations ;
- un repérage au moment du diagnostic de pathologies pouvant être liées à la consommation d'alcool ;
- l'utilisation des interventions brèves, comme le RPIB, dont le rapport coût-efficacité est clairement établi comme bénéfique ;
- de former systématiquement les professionnels de premier recours et les spécialistes au repérage et aux méthodes d'intervention efficaces ;
- de faire appel aux professionnels de l'addictologie pour des problèmes sévères.

Parmi les médecins généralistes, 43 % déclarent repérer systématiquement les consommations d'alcool auprès de leur patientèle. En revanche, seuls 17 % des patients âgés de 18 à 75 ans déclarent avoir déjà discuté de leurs consommations d'alcool avec leur médecin généraliste.

Aujourd'hui, seuls 10 % des personnes dépendantes à l'alcool bénéficient de soins en addictologie. Or, toute intervention débute par le repérage des consommations. **C'est pourquoi systématiser le repérage est une étape impérative pour améliorer l'accès aux soins et la prise en charge de patients souffrant de troubles dus à l'usage d'alcool.**

6.1 | Repérage par la clinique et la biologie

Plusieurs outils permettent de repérer les consommations d'alcool d'une personne.

LA CLINIQUE

Les indicateurs cliniques de l'intoxication aiguë (haleine alcoolisée, démarche ébrieuse, troubles de l'élocution, etc.) ou de l'intoxication chronique à l'alcool (troubles du sommeil, anxiété, dilatation capillaire du visage, yeux rouges, hypertension artérielle (HTA), troubles gastro-intestinaux ou cognitifs) peuvent constituer des signes d'alerte et de repérage, bien que non spécifiques.

Cette méthode n'est toutefois pas infaillible car la plupart des personnes ayant des consommations à risque ne présentent pas de symptômes d'alcoolisation aiguë en permanence, et surtout lors d'une rencontre avec un professionnel de santé. Par ailleurs, cette méthode est stigmatisante, les personnes sont repérées sur des symptômes visibles qui peuvent aussi être trompeurs.



LA BIOLOGIE

L'utilisation d'un éthylomètre permet de repérer les consommations d'alcool à un instant T. En effet, l'éthylomètre mesure la quantité d'alcool en milligramme par litre d'air expiré.

Une prise de sang permet également de mesurer le taux d'alcool dans le sang, en gramme par litre.

Cet outil est utile pour repérer les consommations à risque dans certaines situations, notamment sur la route, mais ne permet pas de connaître les habitudes de consommation d'une personne et donc d'évaluer la présence d'une consommation nocive ou d'une dépendance.

Les marqueurs biologiques de la consommation d'alcool sont la carbohydre déficient transferrin (CDT), marqueur spécifique de la consommation d'alcool, le phosphatidyléthanol (PEth), la gamma-glutamyl transférase (GGT), l'alanine aminotransférase (ALAT), l'aspartate aminotransférase (ASAT) et le volume corpusculaire ou globulaire moyen (VGM). Les marqueurs biologiques peuvent se positiver tardivement.

Si un repérage est possible avec des critères cliniques et biologiques, ce repérage ne peut néanmoins pas être systématisé. On parle alors de repérage opportuniste, c'est-à-dire en fonction des situations observées.

6.2 | Repérage par des questionnaires

Un repérage opportuniste peut aussi être réalisé à l'aide de questionnaires, par exemple s'ils sont distribués uniquement pendant une période donnée (Mois sans tabac, Journée mondiale sans tabac, etc.) ou s'ils sont remis à un public cible uniquement (femmes enceintes, jeunes adultes, etc.).

À l'inverse du repérage opportuniste, le repérage systématique permet :

- de ne pas stigmatiser les consommateurs ;
- de se laisser surprendre ;
- de ne pas passer à côté de consommations à risque.

Pour favoriser ce repérage systématique, l'utilisation de questionnaires d'évaluation de la dépendance est à privilégier. Plusieurs questionnaires de repérage des consommations et d'évaluation de la dépendance existent. Ils s'adressent à des publics différents et s'utilisent selon des méthodes propres. Ces questionnaires peuvent être laissés à disposition dans la salle d'attente.

QUESTIONNAIRE AUDIT (*Alcohol Use Disorder Identification Test*) [Annexe 2]

L'AUDIT est le test de référence, c'est un auto-questionnaire, c'est-à-dire un questionnaire que l'utilisateur peut compléter seul sans l'appui d'un professionnel. C'est un outil progressif et motivationnel qui permet d'investiguer les consommations et ses conséquences et d'évaluer son niveau de dépendance. Il permet ainsi une prise de conscience et une réflexion sur la consommation, ce qui engendre chez de nombreux

répondants une modification des consommations. Le score obtenu par l'utilisateur à la fin du questionnaire permet également d'ouvrir le dialogue avec le professionnel de santé. L'AUDIT peut être laissé à disposition dans une salle d'attente ou sur un présentoir de documentation, il peut aussi être envoyé à un patient avant une prise en charge. L'AUDIT est recommandé pour tous les adultes de plus de 18 ans.

QUESTIONNAIRE AUDIT-C

L'AUDIT-C est une version raccourcie, en trois questions, du questionnaire AUDIT classique. Il s'intéresse essentiellement à la quantification de la consommation.

QUESTIONNAIRE FACE

(Formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien)

Le FACE est un hétéro-questionnaire, c'est-à-dire qui doit être proposé et complété par un professionnel, en cinq questions. Il permet d'évaluer l'existence d'un trouble dû à l'usage d'alcool.

QUESTIONNAIRES T-ACE (*Tolerance, Annoyed, Cut down, Eye opener*) et TWEAK (*Tolerance, Worried, Amnesia, Cut down*)

Ce sont des auto-questionnaires courts adaptés aux femmes enceintes.

6.3 | Repérage précoce et intervention brève (RPIB) en alcoologie

6.3.1 | DÉFINITION

Le RPIB est une méthode d'intervention visant la modification d'un comportement. Il s'agit d'une intervention unique qui peut se terminer par l'orientation vers un dispositif spécialisé pour une prise en charge adaptée si cela est nécessaire. Cette méthode repose sur la bienveillance, l'empathie, l'écoute et la compréhension. Elle est non jugeante, altruiste et favorise l'autonomie des personnes. Le RPIB peut s'adresser à chacun et permettra surtout d'intervenir auprès de personnes souffrant d'une consommation à risque ou nocive. Les personnes alcoolodépendantes ne subiront une prise en charge complémentaire et durable.

Repérer, c'est chercher à influencer le parcours d'une personne sur la base de la perception d'un risque ou d'un dommage pour essayer de l'y soustraire en lui proposant une intervention que l'on sait efficace. Le repérage peut s'appuyer sur la clinique, la biologie ou des questionnaires ainsi que sur l'identification de situations à risque. Le repérage peut être systématique, la population générale est interrogée, ou opportuniste, les patients sont interrogés selon certains signaux ou indices qui permettent de déceler une situation à risque.

Proposer une intervention brève, c'est intervenir sur une durée limitée, souvent quelques minutes, de manière unique et personnalisée, en étant à l'écoute du patient et en lui proposant des informations et une orientation.

Les deux questions, structurantes et incontournables, de cette intervention sont les suivantes :

- « Selon vous, quels seraient les principaux bénéfices/avantages à modifier votre consommation/comportement ? »
- « Selon vous, que pourriez-vous faire pour réussir à modifier votre consommation/comportement ? »

Ces deux questions s'appliquent à toutes les consommations et tous les comportements et permettent tant de faire émerger le discours changement, c'est-à-dire les motivations propres à la personne pour envisager une modification de son comportement, que les solutions qui permettront de rendre ce changement accessible.

info



LES OBJECTIFS DU RPIB



- **Repérer** précocement des consommations ou comportements à risque.
- **Réduire** les risques et les dommages.
- **Éviter** le passage vers la dépendance.
- **Systématiser** le repérage pour faciliter la prise en charge.
- **Favoriser** un changement de comportement pour limiter les risques.

La généralisation de ce repérage nécessite la mobilisation de l'ensemble des professionnels de santé qui doivent être formés, soutenus, valorisés et évalués. Cela sous-entend également le développement d'une culture de prévention chez l'ensemble des professionnels et étudiants en santé ainsi qu'une formation de ces derniers au repérage précoce et à l'intervention brève motivationnelle en alcoologie. En abordant la question de l'alcool de manière systématique, les professionnels de santé peuvent aider une part importante des consommateurs à réduire les risques de leur consommation.

Il est préconisé que chacun soit interrogé au moins une fois par an par un professionnel de santé sur ses consommations et comportements, notamment pour les plus prévalents dans la population générale (statut tabagique, consommation d'alcool, consommation de cannabis, usage des écrans). De plus, tout changement négatif sur le plan bio-psychosocial doit induire un repérage opportuniste et immédiat.

ce qu'il faut faire



LES OUTILS DU RPIB

- **Valoriser** : les réussites, les connaissances, la motivation.
- **Reformuler** : pour recentrer l'échange, pour mettre en avant un élément.
- **Résumer** : pour s'assurer d'avoir bien compris et tirer l'essentiel.
- **Privilégier les questions ouvertes** : pour faire émerger l'ambivalence et les solutions.
- **Demander l'accord** : demander – partager – demander « Qu'en pensez-vous ? »
« Avec votre accord... »
- **User des silences** : pour favoriser la réflexion et la prise de parole.

6.3.2 | EFFICACITÉ

De nombreuses études ont démontré l'efficacité du RPIB, notamment dans le cadre de la consommation excessive d'alcool sans dépendance. Ainsi, le RPIB permet de réduire la consommation moyenne d'alcool, de diminuer le nombre de consommateurs excessifs, de réduire la fréquence des alcoolisations ponctuelles importantes et l'apparition de problèmes de santé liés à la consommation d'alcool. De plus, mettre en place le RPIB auprès d'au moins un quart des adultes présentant un trouble dû à l'usage d'alcool permettrait d'éviter 9 % de la morbidité et de la mortalité prématurées au sein de l'Union européenne. De plus, une intervention unique du type RPIB permettrait une réduction moyenne des consommations de 41 g d'alcool par semaine pour un usager. Des interventions plus longues ne montrent pas de réduction significativement plus importante. À moyen terme, le RPIB a aussi montré son efficacité pour réduire les consommations à 6 et 12 mois. Il est ensuite nécessaire de renouveler l'intervention pour renforcer la motivation. Le RPIB offre également un rapport coût/efficacité positif, en effet son coût est modéré et compensé par les gains de réduction de coûts médicaux.

6.3.3 | EN PRATIQUE

Le RPIB est une intervention : **rapide** : entre 5 et 10 minutes ; **efficace** : basée sur les preuves ; **accessible** : par tous les professionnels de la santé et de la relation d'aide ; **structurée** : orientée vers le changement ; **centrée sur la personne** ; **non jugeante** ; **bienveillante** ; **qui préserve l'autonomie, responsabilise et renforce le sentiment d'auto-efficacité du bénéficiaire.**

ce qu'il faut faire

LA POSTURE DU PROFESSIONNEL

Pour favoriser l'entrée en relation et l'alliance thérapeutique avec l'usager et permettre un échange, il est indispensable :

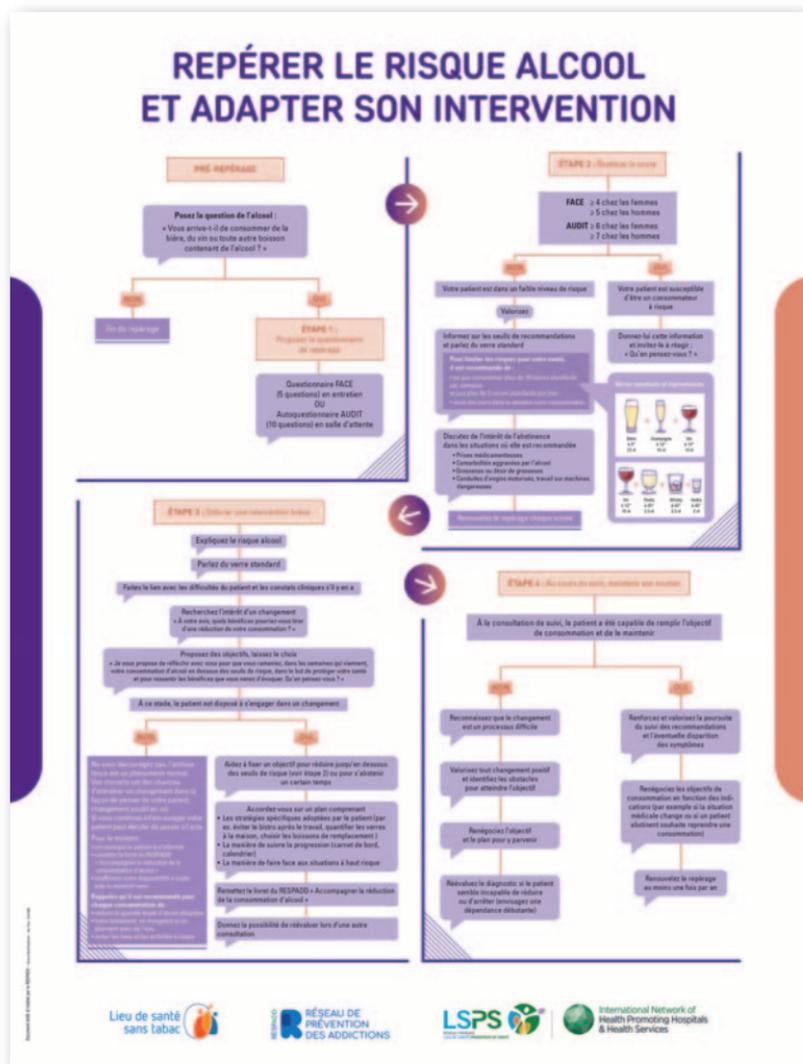
- d'adopter une attitude bienveillante,
- d'adopter une attitude non directive et non jugeante,
- d'exprimer son empathie,
- de poser des questions ouvertes,
- d'éviter le discours magistral et le jargon médical,
- d'affirmer sa disponibilité et de maintenir son soutien,
- de laisser parler la personne et de l'aider à verbaliser sa façon de percevoir sa problématique en prenant en compte son savoir expérimentiel,
- d'encourager le développement des aptitudes et compétences personnelles,
- de remercier la personne.

Le dialogue sera d'autant plus efficace en évitant :

- la confrontation,
- de se mettre en position supérieure, moralisatrice,
- de nier la compétence pratique et l'autonomie de la personne,
- de donner un cours, de vouloir être exhaustif,
- de poser des questions par curiosité.

6.3.4 | ÉTAPES DE L'ENTRETIEN

Le RPIB est une intervention structurée en plusieurs étapes successives qui peuvent être répliquées avec tous les usagers. Ces étapes sont présentées dans l'arbre décisionnel suivant.



info



QUELS SONT LES BÉNÉFICES DE L'ARRÊT OU DE LA RÉDUCTION DE LA CONSOMMATION ?



- Économies
- Plus d'énergie
- Meilleur sommeil
- Plus belle peau
- Sentiment de meilleure forme
- Idées plus claires
- Meilleure concentration
- Moindre anxiété
- Retrouver son poids d'équilibre
- Relations sexuelles plus satisfaisantes
- Meilleures relations avec les proches

info



POURQUOI COMMENCE-T-ON À CONSOMMER DE L'ALCOOL ?

→ Pour se sentir bien

- Par plaisir
- Pour faire la fête,
par convivialité
- Pour être désinhibé,
avoir confiance en soi
- Par mimétisme social
- Pour se détendre

POURQUOI CONTINUE-T-ON DE CONSOMMER DE L'ALCOOL ?

→ Pour se sentir mieux

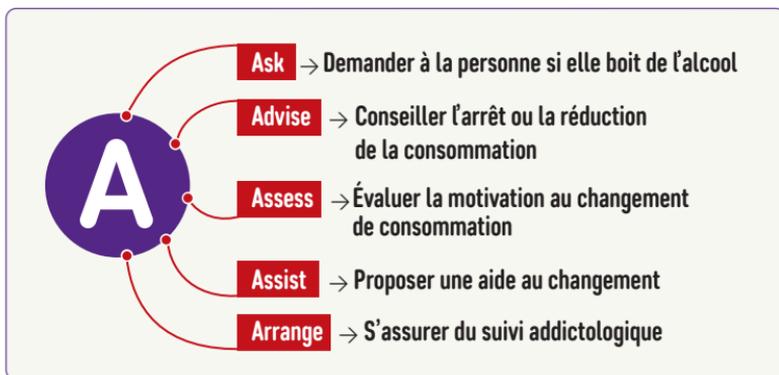
- Par habitude
- Pour se détendre
- Par ennui
- Pour mieux s'endormir
- Pour oublier ses problèmes
- Pour ne pas souffrir
de manque

Les propositions indiquées ci-dessus ne sont pas exhaustives ni applicables à chacun. Il s'agit d'éléments de réflexion pour comprendre l'origine d'une consommation et son ancrage dans le temps.

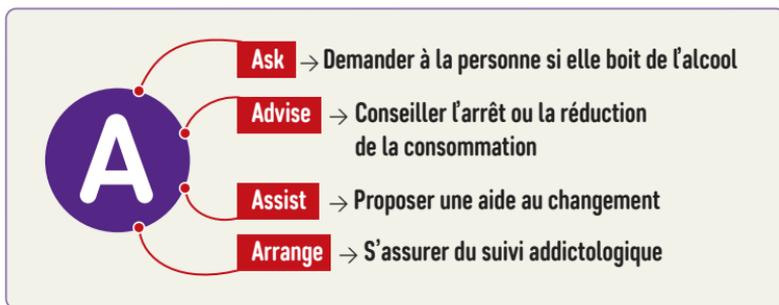


6.3.5 | AUTRE POSSIBILITÉ

Une autre façon de pratiquer le RPIB, plus courte et plus accessible, est la méthode des 5 A.



Cette méthode peut également être réduite à 4 A.



6.4 | Limiter sa consommation

ce qu'il faut faire

QUELLES SONT LES STRATÉGIES POUR RÉDUIRE LA CONSOMMATION D'ALCOOL ?

Les propositions ci-dessous sont données à titre indicatif. Chacun doit trouver ses propres solutions et toutes ne seront pas adaptables à chacun.

- Diminuer le nombre de verres en une même occasion.
- Espacer les occasions de consommer.
- Préserver des jours sans consommation.
- Alternier les verres d'alcool avec de l'eau, des softs.
- Commencer systématiquement par une boisson non alcoolisée pour éteindre la soif.
- Boire chaque verre plus lentement, prendre de petites gorgées espacées.
- Préférer des boissons sans alcool pour calmer la soif.
- Retarder l'heure de consommation du premier verre dans la journée.
- Ne pas terminer son verre pour ne pas être resservi.
- Reposer son verre entre chaque gorgée.
- Éviter les « tournées ».
- Tenir un carnet ou journal de bord des consommations.
- Déterminer avant la soirée le nombre de verres que l'on s'autorise à boire.
- Se préparer à dire non, à refuser des consommations (« je conduis », « je prends des médicaments » « je suis au régime » « j'ai déjà consommé les jours précédents » « j'ai mal à la tête »).
- Informer ses proches de sa décision de réduire sa consommation, solliciter leur aide et soutien.
- Créer de nouvelles habitudes pour remplacer les moments de consommation.

LES POINTS ESSENTIELS

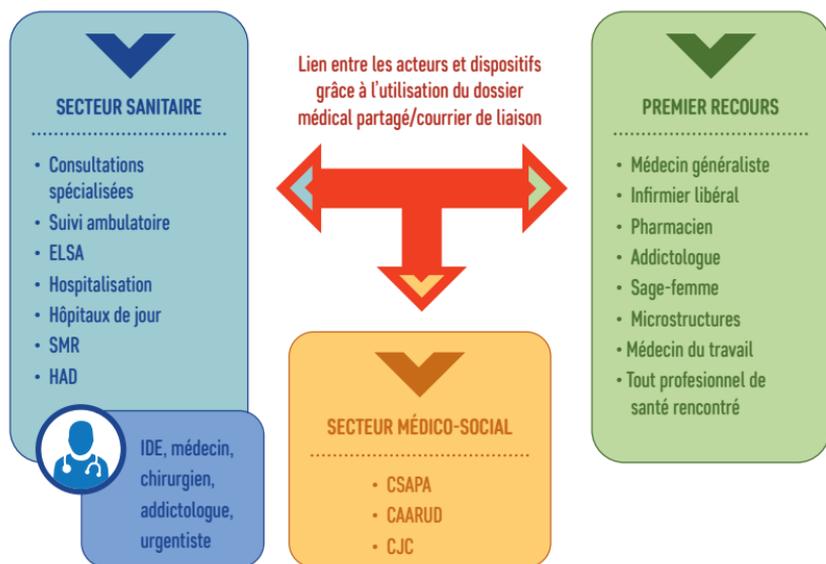
- ➔ Le repérage des consommations d'alcool à risque doit être systématisé et réitéré au moins une fois par an pour chaque personne.
- ➔ Des questionnaires, tels que l'AUDIT, facilitent ce repérage et l'abord des consommateurs.
- ➔ Le RPIB est une intervention courte, efficace et bienveillante utilisée pour repérer les consommations et accompagner les usagers vers la réduction des risques.
- ➔ Le RPIB est une méthode d'intervention inspirée du style motivationnel.
- ➔ La posture du professionnel de santé est essentielle à la réussite de la prise en charge.

7 | Accompagnement et aide au sevrage

7.1 | Lieux de prise en charge

Un usager souffrant de troubles dus à l'usage d'alcool, ainsi que son entourage, peut consulter des professionnels de ville ou être orienté vers des structures sanitaires ou médico-sociales, spécialisées dans la prise en charge, l'accompagnement, la prévention et la réduction des risques. Les différentes structures se coordonnant autour des soins en alcoologie sont présentées dans le schéma ci-dessous. Les professionnels cités peuvent se relayer, se succéder et échanger pendant la prise en charge pour répondre au mieux aux besoins de l'usager.

FIGURE 18 Acteurs de la prise en soins en alcoologie



CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CJC : Consultations jeunes consommateurs – CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
ELSA : Équipe de liaison et de soins en addictologie – SMR : Soins médicaux et de réadaptation – HAD : Hospitalisation à domicile

TABLEAU 4 Prise en charge et lieux d'accueil



Secteur de prise en charge	Lieu de prise en charge	Type de prise en charge
Premier recours	• Pharmacie d'officine	• Repérage • Orientation
	• Médecine de ville	• Repérage • Accompagnement/Suivi • Sevrage • Orientation
	• Spécialistes de ville	• Repérage • Accompagnement/Suivi • Sevrage • Orientation
Secteur médico-social	• CSAPA	• Repérage • Accompagnement/Suivi • Prise en charge psycho-sociale • Sevrage • Orientation • Accueil de l'entourage • Consultations jeunes consommateurs (CJC)
	• CAARUD	• Repérage • Accompagnement/Suivi • Prise en charge psycho-sociale • Orientation
Secteur sanitaire	• Consultations/ Suivi ambulatoire	• Repérage • Accompagnement/Suivi • Prise en charge psycho-sociale • Sevrage • Orientation
	• Hospitalisation	• Accompagnement/Suivi • Prise en charge psycho-sociale • Sevrage • Accueil de l'entourage
	• Hospitalisation de jour	• Accompagnement/Suivi • Prise en charge psycho-sociale • Maintien de l'abstinence
	• ELSA	• Repérage • Accompagnement/Suivi • Orientation
	• SMR	• Accompagnement/Suivi • Prise en charge psycho-sociale • Maintien de l'abstinence

info

LE RÔLE DES PHARMACIENS

Statistiquement, au moins 16 personnes souffrant d'un trouble dû à l'usage de l'alcool se présentent chaque jour dans chacune des pharmacies en France.



Procéder à un repérage systématique des consommations d'alcool en pharmacie prend donc tout son sens et est la garantie de repérer des consommateurs à risques et de leur proposer une orientation adaptée. Le rôle du pharmacien est dès lors primordial.

Par ailleurs, à l'occasion de la délivrance de tout médicament présentant des interactions avec l'alcool, il revient au pharmacien de prévenir des risques mais aussi de repérer les consommations et éventuellement de proposer une orientation.

Plus largement, les pharmaciens jouent un rôle majeur dans l'éducation sanitaire des patients et la prévention des mésusages. Ils peuvent ainsi être formés aux méthodes interventionnelles comme le RPIB, utiliser des outils de repérage comme l'auto-questionnaire AUDIT et d'information comme des brochures. Une version de l'AUDIT spécifique pour les pharmaciens est d'ailleurs proposée par le RESPADD.

info

LA CONSULTATION ALCOOL POST-URGENCE (CAPU)

Il s'agit d'une prise en charge :

- par un(e) infirmier(e) diplômé(e) d'état (IDE),
- dans la semaine et sans rendez-vous,
- d'un patient orienté par un service d'accueil des urgences (SAU),
- nécessitant un accès rapide à des soins en addictologie,
- sans perte de chance,
- pour une consommation d'alcool à risque,
- lors d'une consultation unique d'orientation.



La mise en place de cette consultation repose sur la signature d'un protocole de coopération, signé par un binôme médecin délégué/IDE délégué(e).

Des outils spécifiques à la CAPU existent et sont à votre disposition auprès du RESPADD.

LES GROUPES D'ENTRAIDE

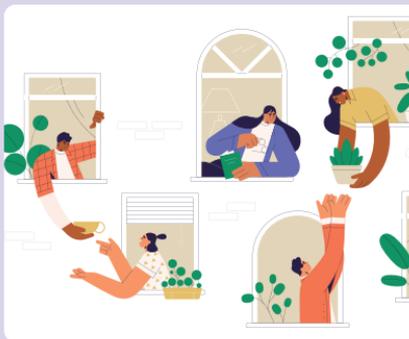


Les groupes d'entraide, ou groupes de pairs, sont des associations, ou groupes de parole propres à certaines structures de soin, proposant des temps d'échange, de partage d'expérience et de soutien entre personnes ayant le même objectif d'abstinence ou de réduction des consommations d'alcool. Il est en effet communément admis que des personnes ayant traversé des situations similaires seront plus à même de se comprendre, de se soutenir, de s'aider ou d'exprimer de l'empathie face à leurs pairs. Ainsi, les objectifs de ces groupes de parole sont multiples :

- créer un lieu privilégié de dialogue et d'écoute ;
- apporter un soutien et renforcer la motivation des personnes inscrites dans une démarche de réduction ou d'arrêt des consommations ;
- générer une entraide entre pairs ;
- anticiper des situations difficiles et trouver des solutions grâce aux expériences partagées.

Des groupes d'entraide existent également pour les proches des personnes souffrant de TUA.

En France, les principales associations de pair-aidance sont : les Alcooliques anonymes et les associations réunies par la Coordination des associations et mouvements d'entraide reconnus d'utilité publique (CAMERUP) : La Croix Bleue, Alcool Assistance, Vie Libre, Les Amis de la santé et Alcool Écoute Joie & Santé.



© goodstudio / 123RF

LES PATIENTS EXPERTS

Des formations ont été développées pour permettre la formation de patients experts en addictologie. Leurs rôles sont l'entraide entre pairs, le partage d'expériences, soutenir les patients et faciliter la communication avec les équipes de soin. L'information délivrée par un patient expert peut être mieux entendue que celle délivrée par un soignant.

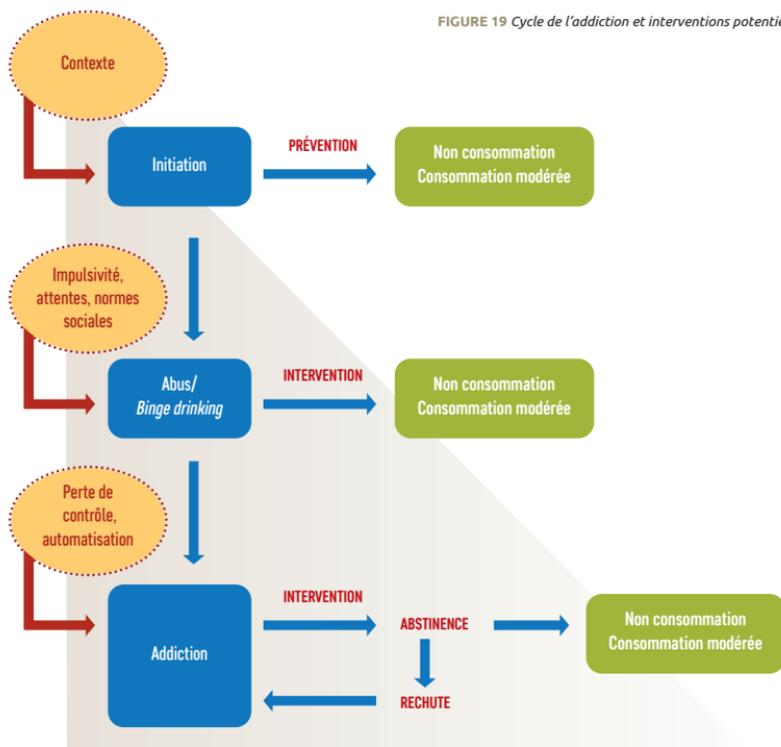
Des informations complémentaires sur les patients experts en addictologie sont disponibles auprès de France patients experts addictions (FPEA) et de l'Association des patients experts en addictologie (APEA).

7.2 | Moments d'intervention

Plusieurs types d'interventions existent. Elles peuvent être utilisées selon les besoins de la personne ou successivement pour construire un parcours de soin adapté.

L'intervention d'un professionnel de santé ou d'un acteur du champ médico-social peut avoir lieu à tous les stades de consommation. En amont de l'apparition d'un éventuel futur trouble, il s'agira de prévenir les consommations à risques et de valoriser la consommation modérée et à moindre risque. Dans un second temps, une fois le trouble dû à l'usage d'alcool installé, il s'agira d'une prise en charge interventionnelle, visant à réduire la consommation et les risques encourus. Une fois cet objectif atteint, la prévention permettra de prévenir la rechute et de maintenir l'abstinence ou la consommation à moindre risque.

Ci-dessous sont détaillées certaines méthodes d'intervention pour aller dans le sens d'un changement de comportement et de la prévention des risques. Ces méthodes sont, selon, complémentaires ou interchangeables.



7.3 | Traitements pharmacologiques

Deux indications ont une autorisation de mise sur le marché en France :

- la réduction de la consommation : nalméfène et baclofène,
- l'abstinence : naltrexone, acamprostate et disulfirame.

TABLEAU 5 Traitements de la dépendance à l'alcool

Indication	Traitement	Action	Utilisation	Contre-indication
Réduction de la consommation	• nalméfène	• Diminue l'envie de boire	• Prise ponctuelle avant les occasions à risque de consommation	• Grossesse et allaitement • Traitement de substitution aux opiacés • Anti-douleur à base d'opioïdes • Maladie des reins ou du foie • Symptômes de sevrage
	• baclofène	• Diminue l'envie de boire	• Traitement prolongé – pas de données après 1 an	• Troubles psychiatriques avec tendance suicidaire • Grossesse et allaitement • Épilepsie
Maintien de l'abstinence	• disulfirame  Preuves limitées en faveur d'une prescription à large échelle.	• Effet antabuse	• Traitement prolongé	• Maladies des reins et du foie • Maladies cardiovasculaires et cérébrovasculaires • Insuffisance respiratoire • Diabète • Épilepsie • Grossesse et allaitement
	• acamprostate	• Diminue l'envie de boire	• Traitement de 1 an	• Maladie des reins • Allaitement
	• naltrexone	• Diminue l'envie de boire	• Traitement de 3 mois	• Maladie des reins et du foie • Traitement de substitution aux opiacés • Anti-douleur à base d'opioïdes • Personnes âgées (plus de 60 ans)

Une vigilance particulière doit être portée sur l'observance du traitement car le taux de reprise est élevé, entre 40 à 60 % dans la première année. Une prise en charge globale, médico-psycho-sociale, est nécessaire dans le traitement de la dépendance à l'alcool. La prise en charge pharmacologique ne peut suffire à elle seule. Des essais cliniques sont en cours pour tester l'efficacité de l'administration de certaines molécules sur le traitement de la dépendance à l'alcool, comme la psilocybine, la kétamine, le CBD, la MDMA ou le LSD. Le syndrome de sevrage est traité par l'administration de benzodiazépine, à demi-vie longue et sur une durée de quelques jours seulement, et de vitamines B1, B6 et PP.

7.4 | Interventions psychothérapeutiques

7.4.1 | ENTRETIEN MOTIVATIONNEL (EM)

L'entretien motivationnel (EM) est un style de conversation collaboratif permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement. L'EM est particulièrement utilisé dans des situations d'ambivalence, c'est-à-dire quand une personne a un choix à faire entre deux situations, maintenir la situation telle qu'elle est malgré les conséquences, ou changer de comportement. L'EM peut être utilisé dans des situations très variées, sanitaires ou sociales, comme la consommation de substances psychoactives, la reprise d'une activité physique, la réorientation de vie professionnelle, etc.

L'esprit de l'EM repose sur 4 piliers :

- **le partenariat** : le professionnel et la personne, respectivement experts du processus de changement et de la situation ;
- **le non jugement** : reconnaître l'autonomie et la valeur de la personne, en manifestant une empathie approfondie ;
- **l'altruisme** : l'intérêt de la personne accompagnée est l'objectif premier ;
- **l'évocation** : le professionnel aide la personne à faire émerger ses propres ressources, préexistantes, en faisant verbaliser positivement le changement.

ce qu'il faut faire

L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL EN CINQ POINTS

- **Poser des questions ouvertes** qui favorisent l'échange, plutôt que des questions fermées.
- **Pratiquer l'écoute active par la reformulation** qui permet d'éviter tout jugement ou interprétation.
- **Valoriser la démarche entreprise** ainsi que les expériences antérieures même en cas de reprise de consommation.
- **Prendre en compte** les représentations et les attentes.
- **Résumer les échanges**, pour s'assurer de la bonne compréhension mutuelle **et réorienter l'échange vers le changement.**

Des informations complémentaires sur la pratique et les formations à l'EM sont disponibles sur le site de l'Association francophone de diffusion de l'entretien motivationnel (AFDEM) : afdem.org.

L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

Aider les personnes à engager le changement

L'ESPRIT



LES COMPÉTENCES RELATIONNELLES : **D** **O** **V** **E** **R**

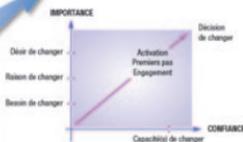
<p>QUESTIONS OU VERTES</p> <p>Éviter l'interrogatoire Permettre l'élaboration du sujet</p>	<p>VALORISATION</p> <p>Valoriser ce qui va dans le sens du changement Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle</p>	<p>ECOUTE</p> <p>RÉFLECTIVE</p> <p>Différencier l'explicite et l'implicite Construire et manifester son empathie</p>	<p>RÉSUMÉS</p> <ul style="list-style-type: none"> • De sens • De rassemblements 	<p>DEMANDER PARTAGER DEMANDER</p> <p>Demander à la personne ce qu'elle sait Demander la permission d'ajouter de l'information Partager de l'information Demander ce qu'elle en pense</p>
---	--	--	--	---

Pièges relationnels : persuader et confronter

Utiliser ces compétences pour faciliter **LES 4 MISSIONS**



LE DISCOURS-CHANGEMENT



© AFDEM 2014. Tous droits réservés. Toute réimpression ou utilisation non autorisée sans la permission écrite de la AFDEM est formellement interdite.



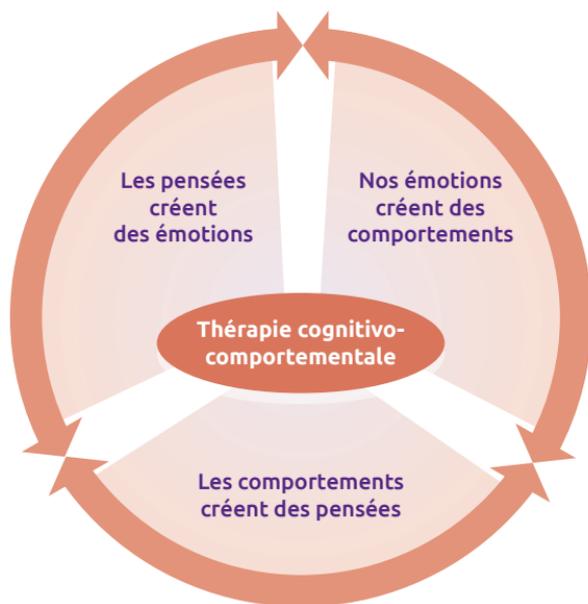
7.4.2 | THÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE (TCC)

Les thérapies cognitivo-comportementales sont une méthode d'intervention nécessitant de 6 à 20 séances et permettant l'engagement de la personne dans une stratégie de changement. Les TCC se concentrent sur les symptômes en travaillant sur les pensées, les émotions et les comportements. En effet, en modifiant les pensées, les comportements et émotions qui en découlent seront modifiés, l'usage de substance qui dépend de ce cheminement sera donc impacté favorablement également.

De façon pratique, les TCC utilisent trois outils principaux :

- **l'analyse fonctionnelle** : quels sont les déclencheurs des consommations, les obstacles, les déterminants de l'usage, les facteurs de maintien ;
- **l'entraînement aux habilités de coping** : apprendre à gérer le *craving* et le sevrage puis l'abstinence, savoir résoudre un problème, savoir refuser, gérer des émotions et cognitions, désapprendre un comportement ;
- **la prévention de la rechute** : repérer et éviter les situations à haut risque de rechute (états émotionnels, conflits, pressions sociales).

FIGURE 20 Les thérapies cognitivo-comportementales : agir sur les pensées pour modifier les émotions et comportements



7.4.3 | PSYCHOÉDUCATION

La psychoéducation est une méthode pédagogique permettant à la personne de comprendre sa pathologie et sa prise en charge, de la rendre active dans la gestion de cette dernière au quotidien en développant des compétences et en renforçant son empowerment (processus par lequel les personnes, les organisations et les communautés accroissent la maîtrise des questions qui les concernent). La littérature scientifique met en avant les effets positifs de la psychoéducation dans le traitement de la dépendance en donnant aux personnes les moyens d'agir grâce à une éducation solide et pérenne.

Elle regroupe trois composantes :

- **pédagogique** : en communiquant sur les difficultés rencontrées et aides associées ;
- **psychologique** : en apportant du soutien à la personne quand elle est face à des difficultés afin de l'aider à mieux les accepter ;
- **cognitive et comportementale** : en donnant des outils pour aider la personne à gérer ses pensées, émotions, comportements.

Elle a pour objectif d'améliorer la qualité de vie des personnes grâce à différents éléments :

- transmission d'information,
- compréhension du processus de rétablissement,
- déstigmatisation,
- utilisation d'un langage simple,
- prise en compte des troubles cognitifs.

Elle peut se présenter sous la forme d'une intervention psychothérapeutique permettant d'informer la personne ainsi que ses proches sur sa pathologie. Elle peut également permettre d'échanger avec d'autres personnes grâce à des groupes de psychoéducation sur leurs idées reçues et la gestion au quotidien de leur pathologie. Elle leur permet également de modifier leurs réactions et comportements et vise aussi le renforcement du partenariat entre la personne et les professionnels de santé.

La formation des professionnels à l'utilisation de cette technique est donc importante pour accompagner les personnes dans la compréhension de leur dépendance à l'alcool et la mise en place de solutions pour pouvoir s'y soustraire.



7.5 | Autres interventions

7.5.1 | SOINS DE SUPPORT

Ils désignent « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades, parallèlement aux traitements spécifiques, lorsqu'il y en a, tout au long des maladies graves » (Association francophone des soins oncologiques de support – AFSOS).

Ils permettent d'améliorer la qualité de vie des personnes que ce soit sur le plan physique, psychologique ou social en s'adaptant à leurs besoins et doivent être intégrés dans le parcours de soins nécessitant une organisation coordonnée des différents professionnels.

Des informations complémentaires sur les soins de support sont consultables sur le site de l'AFSOS : www.afsos.org.

7.5.2 | PRISE EN CHARGE SOCIALE

La prise en charge somatique peut s'accompagner d'une prise en charge sociale constituant un élément important pour l'évolution du patient et sa dynamique de soin. En effet, les dommages de la consommation d'alcool ne portent pas que sur la santé mais aussi sur la vie professionnelle, personnelle, sociale ou encore financière. L'accompagnement des proches est parfois également nécessaire.

Ainsi, un accompagnement social est souvent proposé. Les espaces de paroles entre pairs et associations d'entraide peuvent également aider à travailler sur les conséquences sociales de la consommation d'alcool.

7.6 | Réduction des risques (RdR)



« La réduction des risques consiste en politiques, programmes et pratiques qui se donnent comme but premier de réduire les conséquences négatives, au plan sanitaire, social et économique, de l'usage de drogues légales et illégales sans nécessairement réduire la consommation de drogues. »

International Harm Reduction Association

La réduction des risques (RdR) hiérarchise les risques, la situation idéale étant de ne pas consommer mais, si la consommation existe, on cherchera à en limiter les risques par divers moyens.

La RdR concerne 3 champs :

- **la prévention** : diffusion de messages d'information ;
- **le soin** : mise à disposition de matériel de consommation à moindre risque, dépistage, soutien aux démarches d'accès aux soins ;
- **les politiques publiques.**

La RdR concerne également la consommation d'alcool, en effet il est possible d'avoir une consommation contrôlée d'alcool. Le RPIB fait également parti des mesures de RdR existantes pour l'alcool.

Les consommateurs d'alcool, pour réduire les risques de leurs usages, peuvent poursuivre deux objectifs distincts :

- cesser toute consommation et devenir abstinent ;
- réduire leur consommation pour limiter les risques.

Pour les personnes souffrant d'un trouble dû à l'usage d'alcool, l'abstinence est l'objectif de consommation le plus sûr. Néanmoins, et dans un premier temps au moins, il est préférable d'accepter l'objectif que la personne souhaite se fixer. La réduction des risques et des dommages peut être un objectif à long terme ou une étape intermédiaire avant l'abstinence. Par ailleurs, toute réduction de la consommation d'alcool peut apporter des bénéfices au consommateur et est, de toute façon, préférable au maintien des consommations problématiques.

ce qu'il faut faire

QUELLES SONT LES STRATÉGIES POUR RÉDUIRE LES RISQUES DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL ?

- **Réaliser un éthylo test** avant de prendre le volant.
- **Désigner dans un groupe** la personne qui ne boira pas et pourra conduire.
- **Manger** avant de boire de l'alcool.
- **Définir un Safety plan** pour éviter les situations à risques et savoir les gérer si elles se réalisent.
- **Prévoir des préservatifs** pour éviter tout comportement sexuel à risque.
- **Toujours s'assurer du consentement** de ses partenaires.
- **Éviter de consommer d'autres drogues en parallèle**, de prendre des médicaments.

LE SAFETY PLAN

Le Safety plan permet d'identifier et de réagir à des situations pouvant présenter des risques.

En amont de ces situations, il propose d'anticiper les risques et de réfléchir aux éléments aidants s'ils se produisaient. Concernant l'alcool, il peut d'agir de situations à risque de consommation excessive, de conduite en état d'ivresse, de prise de risques sexuels, etc.

Il peut être complété par l'utilisateur seul ou accompagné d'un professionnel. Un modèle est proposé ci-dessous.



Ma situation à risque

.....



Mes signes d'alerte

.....



Que faire pour traverser ce moment de crise ?

.....



Qui contacter pour demander de l'aide ?

.....



Comment sécuriser mon environnement ?

.....

LA RÉDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES LIÉS À L'ALCOOL (RdRDA)



La RdRDA recouvre des modalités d'actions diverses qui visent conjointement à réduire, dans la population générale, les impacts négatifs de la consommation d'alcool. Cela comprend des campagnes d'information, des dispositifs de sécurité routière, des maraudes en milieux festifs, etc.

Ainsi, les recommandations concernant la RdRDA liés à l'alcool sont les suivantes :

- 1 | Réviser le référentiel national de réduction des risques en direction des usagers de drogue (issu du décret n° 2005-347 du 14 avril 2005, actuellement annexe 31-2 du Code de la santé publique) ;
- 2 | Produire des recommandations de bonnes pratiques professionnelles en RdRDA ;
- 3 | Assurer le déploiement d'une offre de formation de qualité dans les programmes de formation initiale et continue des secteurs concernés ;
- 4 | Renforcer l'articulation des dispositifs de RdRDA avec le secteur de la psychiatrie ;
- 5 | Élaborer un plan stratégique national organisant une offre graduée de RdRDA, répondant aux besoins des différents profils de consommateurs ;
- 6 | Mettre en place un groupe de travail intersectoriel sur la RdRDA ;
- 7 | Engager des travaux en vue de l'adoption d'une politique de prix des boissons suivant les recommandations de l'OMS ;
- 8 | Encourager le déploiement, au sein des établissements médico-sociaux spécialisés et non spécialisés (CAARUD, CSAPA, dispositifs d'hébergement et de logement) d'espaces de consommation d'alcool encadrée ;
- 9 | Réaliser une étude de faisabilité de l'adoption, en France, d'un programme de gestion de l'alcool (PGA) sur le modèle des *Management Alcohol Programs* (MAPs) canadiens ;
- 10 | Soutenir la dynamique de renforcement des connaissances et des compétences en RdRDA au sein des mouvements et associations d'entraide, et des patients experts en addictologie ;
- 11 | Favoriser les échanges entre porteurs de projets et la mutualisation des pratiques ;
- 12 | Évaluer systématiquement les interventions de RdRDA et valoriser les évaluations ;
- 13 | Réaliser une enquête sociologique sur les pratiques et les représentations des professionnels de différents secteurs intervenant auprès de personnes en difficulté avec l'alcool ;
- 14 | Réaliser une recherche sociologique sur la vie quotidienne des personnes présentant un trouble chronique de l'usage de l'alcool ;
- 15 | Mener une recherche pluridisciplinaire sur la situation des membres de l'entourage de personnes en difficulté avec l'alcool ;
- 16 | Encourager la réalisation de travaux autour de domaines encore peu explorés de la RdRDA ;
- 17 | Réaliser une étude visant à identifier ce que pourrait être, en France, un secteur des boissons alcoolisées responsable et préciser les différences entre une approche RdRDA et une approche de responsabilité sociale d'entreprise ;
- 18 | Produire et déployer une campagne nationale de grande ampleur sur le thème des préjugés et de la stigmatisation dont font l'objet les personnes présentant un trouble dû à l'usage d'alcool ;
- 19 | Développer un plan de communication sur la politique de RdRDA à destination du grand public de manière à sensibiliser la population et ouvrir un débat sociétal.

Recommandations issues du rapport *La réduction des risques et des dommages liés à l'alcool (RdRDA)*, Guylaine Benech, 2021.



LES POINTS ESSENTIELS

- ➔ Le repérage des consommations d'alcool est l'affaire de tous.
- ➔ La prise en charge des troubles dus à l'usage d'alcool peut se faire dans des structures diverses et par tout professionnel de santé, avec un traitement médicamenteux au besoin.
- ➔ Toute consommation justifie une action, qu'elle soit préventive ou interventionnelle.
- ➔ Le traitement du trouble dû à l'usage d'alcool est global, il inclue des dimensions médicales, psychologiques et sociales.
- ➔ L'entretien motivationnel et les thérapies cognitivo-comportementales sont particulièrement indiqués dans la gestion des consommations d'alcool.
- ➔ La réduction des risques est une option à ne pas écarter pour limiter l'impact des consommations d'alcool chez les usagers.



CAS CLINIQUE 1 : ENTRETIEN INFIRMIER

Monsieur G. a 45 ans. Il vit en couple et travaille dans l'informatique. Il se présente en consultation médicale pour ses troubles du sommeil. L'AUDIT est à disposition dans la salle d'attente, il le remplit puis interroge l'infirmière du service qui lui propose un entretien.

QUELLE CONDUITE À TENIR ?

1. REPÉRAGE

Infirmière Je vois que vous avez complété l'AUDIT, questionnaire d'auto-évaluation de sa consommation d'alcool, que nous laissons ici à disposition de chacun. Que penseriez-vous d'échanger quelques minutes, en attendant le début de votre consultation ?

Monsieur G. Oui, oui, pourquoi pas mais je ne suis quand même pas venu pour ça.

Infirmière Vos consommations vous interrogent vraiment aujourd'hui. Que penseriez-vous de partager avec moi le score que vous avez obtenu ?

Monsieur G. Oui... J'ai eu 10. Ça me paraît exagéré !

Infirmière Vous êtes très étonné de ce score. 10, cela correspond à une consommation à risque. Qu'en pensez-vous ?

Monsieur G. C'est vrai que je consomme régulièrement mais sans prendre de risque. C'est surtout pour dormir, vous savez je fais des insomnies et j'ai besoin d'être en forme au travail. Alors le soir, je bois un peu de whisky pour me détendre. C'est d'ailleurs pour ces insomnies que je suis là.

2. INTERVENTION BRÈVE

Infirmière Vos difficultés d'endormissement vous inquiètent et vous souhaitez trouver une solution efficace rapidement. Aujourd'hui, quels pourraient être les risques de votre consommation d'alcool ?

Monsieur G. Euh... Je ne sais pas trop, enfin il y a tous les messages à la télé qu'on entend, les cancers et autres maladies. Je sais aussi que ce n'est pas très bon pour la peau.

Infirmière Vous avez des connaissances précises sur les risques engendrés par la consommation d'alcool. Avec votre accord, je souhaiterais partager avec vous une information que plusieurs de mes patients m'ont donnée. Leur consommation d'alcool les aide parfois à s'endormir mais finalement leur sommeil est moins réparateur et le matin ils se sentent plus fatigués. Qu'en pensez-vous ?

Monsieur G. Oui, c'est vrai que je suis fatigué, et quand je bois trop j'ai le sommeil encore plus agité...

Infirmière Monsieur G., quels seraient pour vous les principaux bénéfices à modifier votre consommation d'alcool ?

Monsieur G. Ça va, ça me paraît accessible, avec votre aide et le soutien de ma femme, je devrais pouvoir y arriver !

Infirmière Prendre soin de votre santé et vous rapprocher de votre femme sont des moteurs pour vous aujourd'hui. Si vous en êtes d'accord, je vous rappelle que les repères de consommation à faible risque indiquent que l'alcool c'est maximum deux verres par jour et pas tous les jours. Qu'en dites-vous ?

Monsieur G. Ça va, ça me paraît accessible, avec votre aide et le soutien de ma femme, je devrais pouvoir y arriver !

Infirmière Vous êtes motivé à modifier vos consommations, c'est tout à votre honneur. Quelles méthodes pourriez-vous mettre en place pour y parvenir justement ?

Monsieur G. Eh bien, déjà prévenir mes proches pour qu'ils ne me proposent pas trop d'alcool. Et puis surtout, il faut que je trouve comment mieux dormir, peut-être que le médecin que je dois rencontrer aujourd'hui peut m'y aider. Sinon, il faudra que je trouve comment me détendre et gérer mon stress le soir pour ne pas penser à boire.

Infirmière Vous possédez en vous toutes les ressources nécessaires pour diminuer vos consommations et votre consultation



d'aujourd'hui va vous y aider également. Finalement, vous consommez aujourd'hui pour vous détendre et faciliter votre endormissement, le score obtenu à l'AUDIT vous a questionné et vous avez très justement rappelé les risques pour la santé de la consommation et les bénéfiques à diminuer. Vous reposer sur vos proches et vous faire accompagner est aujourd'hui le soutien dont vous avez besoin pour envisager ce changement sereinement. Que souhaitez-vous ajouter à cela ?

Monsieur G. Oui, c'est cela, je vais en parler et continuer d'y réfléchir, je vous remercie pour votre aide.

Infirmière Monsieur G., je vous remercie pour votre sincérité dans cet échange. Je vous remets un livret reprenant l'ensemble des informations que nous avons échangées, et je reste bien sûr à votre disposition pour nous revoir une prochaine fois... Je crois que le médecin est disponible, je vous souhaite une belle journée.

Temps estimé de l'entretien < 5 minutes

CAS CLINIQUE 2 : ACCUEIL AU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES

Madame L. se présente aux urgences accompagnée de son auxiliaire de vie, elle semble alcoolisée et parle de douleurs abdominales et au dos. Elle répète ne pas vouloir être hospitalisée. Elle a des difficultés d'élocution et peine à donner des informations la concernant.

Madame L., 70 ans et retraitée, vit seule à Paris. Plusieurs passages aux urgences consécutives à des chutes sont notés ces dernières années. L'auxiliaire de vie précise que Madame L. consomme de l'alcool tous les jours, et davantage ces deux derniers mois. Elle était suivie par un addictologue jusqu'à il y a 2 ans.

QUELLE CONDUITE À TENIR ?

Après sa prise en charge par l'urgentiste et une fois son alcoolémie redescendue, mesurée par éthylotest, il lui pose les 3 questions de l'AUDIT court et estime son score à 9 points. Il lui restitue ce score en lui demandant ce qu'elle en pense, il lui rappelle les risques de cette consommation.

L'hôpital, dans lequel Madame L. s'est rendue, dispose d'une consultation alcool post-urgence (CAPU), l'urgentiste lui explique cette possibilité de prise en charge, à distance de l'admission aux urgences et par une infirmière formée. Il lui remet la lettre d'orientation vers cette consultation en lui précisant les horaires d'ouverture et modalités d'accès. Il lui laisse également un AUDIT à compléter d'ici là ainsi qu'un livret à consulter avec des informations et des outils motivationnels. Il valorise l'importance pour Madame L. de se rendre à cette consultation.

CAS CLINIQUE 3 : CONSULTATION MÉDICALE

Monsieur P., 40 ans, est en cours de divorce et père de deux enfants (9 et 11 ans). Il est commercial dans une entreprise du monde agricole. Il se présente en consultation d'addictologie car il souhaite réduire ses consommations d'alcool. Ses motivations sont de conserver la garde de ses enfants dans le contexte de séparation et d'être en meilleure santé physique. Il a très peur de ne pas arriver à réduire ses consommations. Sa consommation quotidienne actuelle est de 3 à 8 unités en fonction des occasions. Quelques jours d'abstinence subsistent dans le mois. Il fume un paquet de cigarettes industrielles par jour. Il ne souhaite arrêter ni l'alcool ni le tabac.

QUELLE CONDUITE À TENIR ?

Le médecin lui propose de démarrer un suivi avec une observation de ses consommations quotidiennes à l'aide d'un journal des consommations. Il lui rappelle les repères de consommation à faible risque : maximum 2 unités d'alcool par jour et 10 par semaine avec au moins 2 jours d'abstinence dans la semaine. En fonction de l'évolution des consommations et avec l'accord de Monsieur P., le médecin propose d'envisager une prise de traitement et un accompagnement régulier.

Le médecin programme une nouvelle consultation et le patient est revu 15 jours plus tard. Il a tenu le journal des consommations, a consommé 5 jours sur les 15 dont 4 en respectant les repères de consommation à faible risque. Il est très content de lui et espère poursuivre dans cette voie. Il refuse le traitement proposé pour le moment et souhaite conserver l'accompagnement régulier, il dit que cela l'aide tout comme l'agenda des consommations.

En complément, le médecin prescrit un patch de 21 mg de nicotine à Monsieur P., en lui rappelant que cela permettra de limiter les effets synergiques du tabac et de l'alcool, tant dans l'envie de consommer que pour les risques liés à la santé.

9 | Messages clés



- > | La consommation moyenne annuelle d'alcool pur par habitant est de 10,4 litres.
- > | Le « coût social » annuel de l'alcool est de 120 milliards d'euros.
- > | La consommation d'alcool est la 2^e cause de mortalité évitable, derrière le tabagisme.
- > | 40 % des décès attribuables à l'alcool surviennent chez des personnes qui ne sont pas dépendantes.
- > | Plus d'1 Français sur 5, soit 10 millions de personnes, dépasse les repères de consommation d'alcool à faible risque établis par Santé publique France.
- > | Les repères de consommation à faible risque peuvent être résumés comme suit : « Pour votre santé, l'alcool c'est maximum 2 verres par jour et pas tous les jours. »
- > | Il n'existe pas de consommation d'alcool sans risque.
- > | Aucune consommation d'alcool n'est bénéfique pour la santé.
- > | L'alcool, avec la nicotine dans le tabac fumé et les opioïdes, fait partie des trois substances les plus addictogènes.
- > | L'alcool est la substance psychoactive présentant le plus fort risque cumulé pour le consommateur et pour son entourage.
- > | L'alcool est tératogène et à l'origine de conséquences irréversibles s'il est consommé pendant la grossesse.
- > | Le sevrage d'alcool doit systématiquement être accompagné pour éviter tout risque de *delirium tremens*, conséquence la plus grave de l'arrêt brutal de l'alcool et potentiellement mortelle.
- > | La consommation d'alcool à l'adolescence est un facteur de risque majeur de troubles dus à l'usage d'alcool à l'âge adulte.
- > | Le cerveau et les organes en développement chez l'adolescent et le jeune adulte sont particulièrement impactés par la consommation d'alcool.
- > | Le *binge drinking* est un mode d'usage de l'alcool, surreprésenté chez les jeunes, qui consiste en la consommation d'une grande quantité d'alcool sur un temps court, avec l'objectif d'atteindre l'ivresse.



- > | Seul le temps permet de réduire l'alcoolémie, rien n'accélère la métabolisation de l'alcool.
- > | Il est toujours bénéfique de réduire ou d'arrêter sa consommation d'alcool, quels que soient son âge et son état de santé.
- > | L'alcool ne désaltère ni ne réchauffe.
- > | L'alcool et les boissons alcoolisées sont très caloriques et peuvent contribuer à des troubles alimentaires et digestifs.
- > | L'alcool impacte négativement la santé sexuelle.
- > | La consommation d'alcool perturbe le sommeil.
- > | La consommation d'alcool est souvent associée à des faits de violence, du fait de ses effets physiques ou ses effets d'attente.
- > | Le repérage des consommations d'alcool à risque doit être systématisé et réitéré au moins une fois par an pour chaque personne.
- > | Des questionnaires, tels que l'AUDIT, facilitent ce repérage et l'abord des consommateurs.
- > | Le RPIB est une intervention courte, efficace et bienveillante utilisée pour repérer les consommations et accompagner les usagers vers la réduction des risques.
- > | Le RPIB est une méthode d'intervention inspirée du style motivationnel.
- > | La posture du professionnel de santé est essentielle à la réussite de la prise en charge.
- > | Le repérage des consommations d'alcool est l'affaire de tous.
- > | La prise en charge des troubles dus à l'usage d'alcool peut se faire dans des structures diverses et par tout professionnel de santé, avec un traitement médicamenteux au besoin.
- > | Toute consommation justifie une action, qu'elle soit préventive ou interventionnelle.
- > | Le traitement du trouble dû à l'usage d'alcool est global, il inclue des dimensions médicales, psychologiques et sociales.
- > | L'entretien motivationnel et les thérapies cognitivo-comportementales sont particulièrement indiqués dans la gestion des consommations d'alcool.
- > | La réduction des risques est toujours une option à favoriser pour limiter l'impact des consommations d'alcool chez les usagers.

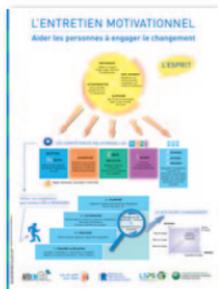
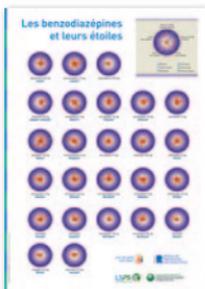
10 | Ressources et outils

POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

→ La fiche récapitulative sur le RPIB



→ Les affiches RPIB ALCOOL (p. 52), BENZODIAZÉPINES, ENTRETIEN MOTIVATIONNEL (p. 63)



→ Les affiches DRY JANUARY / DÉFI DE JANVIER



→ Les verres doseurs alcool



POUR LES USAGERS

- L'auto-questionnaire d'évaluation des consommations d'alcool : **AUDIT** (Annexe 2 p. 79)
- L'auto-questionnaire d'évaluation des consommations de substances psychoactives : **DUDIT**



- Le livret du RESPADD « Accompagner la réduction de la consommation d'alcool »
- Le livret de Santé publique France « L'alcool pour comprendre »



- L'alcoomètre en ligne : www.alcoometre.fr
- Le site www.alcool-info-service.fr



- Le site www.stop-alcool.ch
- Le site aide-alcool.be
- L'application Stop-alcool
- La fiche outil RPIB de la HAS

Annexes

→ Annexe 1 : BEARNI
(Brief evaluation of alcohol-related neuropsychological impairment)

NOM :

Prénom :

Date de naissance (âge) :

Années de scolarité :

Date de l'examen :

I - MÉMOIRE VERBALE

Consigne

1^{er} rappel : Je vais vous lire une liste de mots que vous aurez à retenir. Écoutez attentivement et quand j'aurais terminé, je veux que vous me redonniez le plus de mots possible dont vous vous rappelez, et dans l'ordre que vous voulez.

2^{ème} rappel : maintenant je vais vous relire la même liste de mots. Essayez de vous rappeler du plus grand nombre de mots possible y compris ceux que vous avez déjà énoncés.

(Choisir la liste parallèle si BEARNI a déjà été proposée au patient dans les 6 derniers mois. Temps maximum pour chaque rappel : 1 minute. Relire la liste complète avant chaque rappel. Au dernier rappel, ne pas préciser au patient que la liste lui sera à nouveau demandée à la fin du test)

Cotation

Score total : pas de points

MÉMOIRE VERBALE				
	Liste de mots	Liste parallèle	Rappel libre 1	Rappel libre 2
1.	Plage	Forêt		
2.	Tenaille	Truelle		
3.	Blouson	Chaussettes		
4.	Fleuve	Rivière		
5.	Pioche	Enclume		
6.	Jupe	Casquette		
7.	Râteau	Maillet		
8.	Montagne	Désert		
9.	Chapeau	Chemise		
10.	Bêche	Étau		
11.	Jungle	Verger		
12.	Ceinture	Gants		
Pas de points				

II- ATAXIE EN ÉQUILIBRE

Consigne

Maintenant nous allons tester votre équilibre sur une jambe. Je vais vous demander d'enlever vos chaussures. Dans un premier temps, aidez-vous du mur si besoin. Ensuite, croisez les bras sur le torse et levez la jambe comme ceci (à hauteur du genou), sans vous appuyer sur votre genou. Si à un moment vous sentez que vous risquez de tomber, posez votre pied par terre et appuyez-vous contre le mur.

Durée maximum : 30 secondes par essai. Indiquer le temps pendant lequel le sujet réussit à maintenir la position.

Préciser si le sujet réussit dès le premier essai ou au second.

Cotation

2 points par condition si le sujet réussit dès le premier essai à tenir en équilibre pendant 30 secondes.

1 point par condition si le sujet ne réussit qu'au second essai à tenir en équilibre pendant 30 secondes.

0 point en cas d'échec aux deux essais.

Score total : maximum 8 points

ATAxie EN ÉQUILIBRE	
Yeux ouverts	
Jambe droite au sol	Jambe gauche au sol
Essai 1	Essai 1
Essai 2	Essai 2
Yeux fermés	
Jambe droite au sol	Jambe gauche au sol
Essai 1	Essai 1
Essai 2	Essai 2
Score total (score max 8) :	

→ EN 10 QUESTIONS vous pouvez évaluer par vous-même le risque lié à votre consommation d'alcool

→ LE QUESTIONNAIRE AUDIT A ÉTÉ CRÉÉ PAR L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ POUR TOUS LES ADULTES DE PLUS DE 18 ANS (cochez une réponse par ligne)

SCORE DE LA LIGNE

Dans cette colonne, les réponses valent :

→ 0 → 1 → 2 → 3 → 4

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

jamais 1 fois par mois 2 à 4 fois 2 à 3 fois 4 fois ou plus
ou moins par mois par semaine par semaine

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

un ou deux trois ou quatre cinq ou six sept à neuf dix ou plus

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

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

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 ?

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

→ Annexe 3 : Échelle de Cushman

Score de Cushman	0	1	2	3
Pouls (Battements/minute)	< 80	81-100	101-120	> 120
PA systolique (mm HG)				
18-30 ans	< 125	126-135	136-145	> 145
31-50 ans	< 135	136-145	146-155	> 155
> 50 ans	< 145	146-155	156-165	> 165
Fréquence respiratoire (/minute)	< 16	16-25	26-35	> 35
Tremblements	0	De la main en extension	Tout le membre supérieur	Généralisés
Sueurs	0	Paumes	Paumes et front	Généralisés
Agitation	0	Discrète	Généralisée contrôlable	Généralisée incontrôlable
Troubles sensoriels	0	Gêne par le bruit ou la lumière, prurit	Hallucinations critiquées	Hallucinations non critiquées

Score de Cushman

.....

Interprétation des résultats

- | | |
|--------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Score < 7 : état clinique contrôlé |
| <input type="checkbox"/> | Score 7 à 14 : sevrage modéré |
| <input type="checkbox"/> | Score > 14 : sevrage sévère |

→ Annexe 4 : Échelle CIWA-Ar

(Revised Clinical Institute withdrawal assessment for alcohol scale)

Point	NAUSÉES ET VOMISSEMENTS « Avez-vous des nausées ? », « Avez-vous vomi ? »	Points	TROUBLES DES PERCEPTIONS AUDITIVES « Êtes-vous plus sensible aux sons qui vous entourent ? », « Sont-ils stridents ? », « Vous font-ils peur ? », « Entendez-vous un son qui vous perturbe ? », « Entendez-vous des choses que vous savez ne pas être réellement là ? »
0	Ni nausées, ni vomissement	0	Absents
1	Nausées légères sans vomissement	1	Très peu stridents ou effrayants
4	Nausées intermittentes avec haut-le-cœur	2	Peu stridents ou effrayants
7	Nausées constantes, fréquents haut-le-cœur et vomissements	3	Moderément stridents ou effrayants
Points	TREMBLEMENTS Évaluer bras tendus et doigts en face de ceux de l'examineur	4	Hallucinations modérément sévères
0	Pas de tremblement	5	Hallucinations sévères
1	Invisibles, mais senti du bout des doigts	6	Hallucinations extrêmement sévères
4	Moderés, lorsque les bras sont tendus	7	Hallucinations continues
7	Sévères, même avec les bras non tendus	Points	TROUBLES DES PERCEPTIONS VISUELLES « La lumière vous paraît-elle trop vive ? », « Sa couleur est-elle différente ? », « Vous fait-elle mal aux yeux ? », « Est-ce-que vous voyez quelques chose qui vous perturbe ? », « Voyez-vous des choses que vous savez ne pas être réellement là ? »
Points	SUEURS PAROXYSTIQUES	0	Absent
0	Pas de sueur visible	1	Très peu sensible
1	Sueurs à peine perceptible, paumes moites	2	Peu sensible
4	Front perlé de sueurs	3	Moyennement sensible
7	Sueurs profuses	4	Hallucinations modérément sévères
Points	ANXIÉTÉ « Vous sentez-vous nerveux ? »	5	Hallucinations sévères
0	Pas d'anxiété, détendu	6	Hallucinations extrêmement sévères
1	Légèrement anxieux	7	Hallucinations continues
4	Moderément anxieux, sur ses gardes, on devine ainsi une anxiété	Points	CÉPHALÉES « Avez-vous des sensations différentes à la tête ? », « Avez-vous l'impression d'avoir la tête dans un étau ? » Ne pas évaluer les étourdissements ni les sensations de tête légers, évaluer plutôt la sévérité.
7	Équivalents d'états de panique aiguë (comme dans les états délirants sévères ou les réactions schizo-phréniques aiguës)	0	Absentes
Points	AGITATION « Vous sentez-vous nerveux ? »	1	Très légères
0	Activité normale	2	Légères
1	Activité légèrement accrue par rapport à la normale	3	Moderées
4	S'agite et gigote, modérément	4	Moderément sévères
7	Marche de long en large pendant l'évaluation, ou s'agite violemment	5	Sévères
Points	TROUBLES DES PERCEPTIONS TACTILES « Avez-vous des démangeaisons, des sensations de fourmillements, de brûlures ou d'engourdissements ? », « Avez-vous l'impression que des insectes grouillent sur/ou sous votre peau ? »	6	Très sévères
0	Aucun	7	Extrêmement sévères
1	Très peu de démangeaisons, de fourmillements, de sensations de brûlures, ou d'engourdissement	Points	TROUBLES DE L'ORIENTATION « Quel jour sommes-nous ? », « Où êtes-vous ? », « Qui suis-je ? »
2	Peu de démangeaisons, de fourmillements, de sensations de chaleur, d'engourdissement	0	Orienté(e) et peut faire des additions en série
3	Démangeaisons, fourmillements, sensations de chaleur et d'engourdissement modérés	1	Ne peut faire des additions en séries ou est incertain pour la date
4	Hallucinations modérément sévères	2	Erreur sur la date de moins de 2 jours
5	Hallucinations sévères	3	Erreur sur la date de plus de 2 jours
6	Hallucinations extrêmement sévères	4	Désorienté(e) dans l'espace et/ou par rapport aux personnes
7	Hallucinations continues		

Protocole CIWA*r*

Surveillance à 8 heures, 12 heures, 16 heures, 22 heures (et à 2 heures si CIWA*r* > ou = 8 à 22 heures).
D'après Coscas, L. Karila, A. Benyamina, M. Reynaud. Département de psychiatrie et d'addictologie, hôpital Paul-Brousse, AP-HP Villejuif.

À l'arrivée du patient	1 comprimé de diazépam 10 mg puis :
Si CIWA <i>r</i> < 4	Traitement de base à adapter en fonction des consommations antérieures de benzodiazépines (si dépendance décroissance plus progressive) sinon pas de diazépam
Si CIWA <i>r</i> ≥ 4	4 comprimés de diazépam 10 mg par jour (soit à 8 heures, 12 heures, 16 heures, 22 heures)
Si CIWA <i>r</i> ≥ 8	1 comprimé de diazépam 10 mg toutes les 2 heures jusqu'à la prochaine CIWA <i>r</i>
Si CIWA <i>r</i> ≥ 15	1 comprimé de diazépam 10 mg toutes les heures jusqu'à la prochaine CIWA <i>r</i>

Nom :

Score total :

Date :/...../..... Heure :

..... / 67

https://docs.lequotidiendumedecin.fr/d6data/operations-speciales/Dependance-alcool/echelle_de_ciwar.pdf



RESPADD

Réseau de prévention des addictions

contact@respadd.org

www.respadd.org



*Liberté
Égalité
Fraternité*

Réalisé avec le soutien
financier de la Direction
générale de santé

