



# L'ADDICTION A L'ALCOOL

## En parler, c'est initier le changement

### **DOSSIER DOCUMENTAIRE**

Groupes Qualité Pays de la Loire - Centre Val de Loire : Mai 2023

Ecriture : Marlon Lamoureux, Claude Galichet Animateurs Groupe QualitéPDL  
Relecture : Elodie Cosset coordinatrice Groupe Qualité

## **I- Introduction / état des lieux en MG**

En France, la consommation d'alcool est particulièrement élevée. En 2015, elle était à l'origine de 41 000 décès, notamment par cancer (39 %), maladie cardiovasculaire (24 %), cirrhose (16 %), accident ou suicide (13 %). Une prise de 20 g par jour d'alcool pur (c'est-à-dire 2 verres ou unités standard) suffit à augmenter la mortalité par cancer. C'est pour cette raison qu'en 2017, Santé publique France a recommandé de ne pas dépasser 10 verres hebdomadaires et de s'abstenir au moins 2 jours par semaine (voire durant tout le mois de janvier : Janvier sec). Or, seule 10 % de la population consomme la moitié de l'alcool vendu : c'est la cible prioritaire de la prise en charge.

Cette consommation est responsable de morbidités fréquentes et graves affectant principalement le système hépatobiliaire et pancréatique (hépatite alcoolique aigue, carcinome hépatocellulaire, cirrhose, pancréatite), le système nerveux (encéphalopathie de Gayet-Wernicke, syndrome de Korsakoff, polyneuropathies périphériques, démence, foetopathies), le système cardio vasculaire (HTA, troubles du rythme cardiaque) et les cancers (ORL notamment).

Il est rare qu'un patient sans antécédent connu avec l'alcool consulte son médecin traitant pour ce motif. En 2007, l'observatoire de médecine générale (OMG) a enregistré 97 024 rencontres / an (consultations et visites) dont le résultat « problème avec l'alcool » (soit usage à risque, usage nocif ou alcoolodépendance) a été retenu pour 917 patients, soit 1,2 %. Cette incidence reste stable depuis cette date. Or, plusieurs études épidémiologiques comme l'étude ENGAM de 1991, réalisées en France par des médecins généralistes (confirmée par d'autres plus récentes) ont trouvées une prévalence totale des « malades de l'alcool » de 18 à 19,5 %. Pourquoi observe-t-on une telle différence ? Ne sont repérés par l'OMG que les actes et prises en charge des patients alcoolodépendants et pas l'ensemble des patients ayant un usage à risque ou nocif ; la valeur seuil de la consommation excessive diffère, et donc le repérage statistique.

La forte prévalence de la surconsommation d'alcool et de la mortalité attribuée à l'alcool dans la population générale invite à chercher les moyens d'identifier ces usages excessifs en soins primaires.

## **II- Définitions : Réduire la consommation suffit parfois**

Il existe un continuum entre l'usage dit « simple » et le mésusage, qui comprend l'usage à risque, nocif et la dépendance.

- **Usage à risque** : prise excessive d'alcool mais sans conséquence.
- **Usage nocif** associe en outre des complications médicales, socioprofessionnelles et/ou judiciaires.
- **Alcoolodépendance** : est la « perte de la liberté de s'abstenir d'alcool », le patient ne pouvant plus contrôler sa consommation.

Dans tous les cas, c'est une maladie biopsychosociale, tant par les causes du mésusage que par ses retentissements possibles. De ce fait, la prise en charge varie grandement d'un patient à l'autre, et la prise en compte de leurs souhaits est primordiale. L'objectif est l'amélioration de la qualité de vie : cela exige un changement capital, qu'il s'agisse d'une diminution de la prise d'alcool ou de l'abstinence.

En l'absence de dépendance, la réduction en deçà d'un seuil de risque est le plus souvent satisfaisante. Pour les patients dépendants, l'abstinence a longtemps été considérée comme le seul objectif possible et acceptable. Cependant, chez certains d'entre eux, une rémission stable sans abstinence est possible. En outre, accepter la préférence du sujet (plutôt qu'imposer son propre point de vue de soignant) permet d'obtenir de meilleurs résultats, en évitant d'exclure des patients du système de soins. Enfin, des médicaments anti-craving (luttant contre l'impulsion et le besoin irrésistible de boire) sont maintenant disponibles et aident à contrôler la consommation d'alcool.

La Société française d'alcoologie (SFA) recommande donc d'accepter l'objectif de consommation du sujet lors de l'évaluation initiale. L'abstinence demeure le but privilégié pour la plupart des personnes souffrant d'une dépendance ou d'une comorbidité physique ou psychiatrique. Toutefois, si elles ne souhaitent pas s'engager vers cet objectif, l'accompagnement vers la réduction de la consommation est conseillé. En l'absence de comorbidité significative, si la dépendance est peu sévère et le soutien social adéquat, elle est également favorisée. Elle vise à ne pas dépasser 10 verres standard par semaine. Cependant, dans une perspective de limitations des dommages, toute baisse de consommation est préférable au *statu quo* et doit être valorisée. Afin d'organiser un parcours de soins adapté, il convient d'évaluer globalement la situation addictologique, c'est-à-dire les complications somatiques, l'état psychologique et les comorbidités psychiatriques, la situation socioprofessionnelle (entourage, hébergement) et les retentissements judiciaires.

### **III- Outils de repérage précoce**

Le repérage précoce suivi d'une intervention brève (RPIB) semble avoir un intérêt chez les personnes ayant une consommation d'alcool à risque, mais pas en cas de trouble d'usage de l'alcool (terme ayant remplacé le terme dépendance dans le DSM-5), notamment s'il est modéré ou sévère. Son efficacité en soins premiers est modeste (diminution de la consommation déclarée d'alcool de 20 grammes par semaine). Pour autant, il semblerait y avoir un intérêt à la prise en charge des problèmes d'alcool pour les patients suivis en soins primaire par rapport aux soins spécialisés en addictologie avec deux fois moins de jours avec alcoolisation ponctuelle importante.

Pour cela, il convient de questionner le patient sur son niveau de consommation, notamment en termes de quantité et de fréquence. Il vaut mieux privilégier des questions précises (p. ex : « combien de verres d'alcool buvez-vous par semaine ? ») que des questions vagues (p. ex. : « Buvez-vous de l'alcool ? ») auxquelles il est parfois difficile de répondre.

Pour améliorer les modalités du RPIB en médecine générale pour les patients ayant une consommation d'alcool à risque, le Conseil Scientifique du CNGE rappelle que :

- la population générale estime que le médecin généraliste est légitime pour les interroger sur leur consommation d'alcool ;
- le nombre d'unités d'alcool permet d'estimer si la consommation d'alcool est à faible risque ou non. Des questionnaires validés en soins premiers sont disponibles pour évaluer le risque qu'il y ait un trouble de l'usage associé tels le FACE (Formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien), l'AUDIT-C et le DETA (Diminuer – Entourage – Trop – Alcool)

<https://www.alcool-info-service.fr/Alcool/Home-Professionnels/Alcool-Sante/depistage-evaluation/RPIB-pratique>

- du fait de la stigmatisation liée à un usage problématique d'alcool, l'instauration d'une relation de confiance, non jugeante, est particulièrement importante ;
- il semblerait que des interventions brèves répétées soient plus intéressantes qu'une intervention brève unique pour diminuer la consommation déclarée d'alcool et les alcoolisations ponctuelles importantes.

# Alcool

## On en parle en consultation ?

KIT ADDICTIONS

### Où est le problème ?



En France, la consommation d'alcool est la 2<sup>ème</sup> cause de mortalité évitable après le tabac.  
Les patients attendent et trouvent normal d'être évalués par les médecins généralistes.



### Quels sont les repères pour limiter les risques ?

Maximum 2 verres par jour, pas tous les jours, maximum 10 verres par semaine.

SITUATIONS PARTICULIÈRES	QUI ?	QUELS RISQUES ?
<b>+ Ivresse, dont Alcoolisation Ponctuelle Importante (API)</b> Par occasion : ≥ 6 verres pour les femmes ≥ 7 verres pour les hommes	• Adultes = 35% • 18-25 ans = 54% (Binge-drinking)	• <b>Fait perdre le contrôle de soi</b> • Accident, viol, violence, suicide. • Triple le <b>risque d'addiction</b>
<b>Usages réguliers</b> même sans ivresse ≥ 10 verres par semaine	• Adultes = 8% • 18-25 ans = 14%	• Altère de nombreux <b>organes</b> • Diminue la <b>vigilance</b> • Installe une <b>addiction</b> • Perturbe la vie <b>psycho-sociale</b>

Altère la croissance embryofœtale

### Évaluer le niveau de risque... ..et celui d'addiction ?

QUESTIONNAIRE F.A.C.E.	SCORE
<b>Fréquence</b> À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?	Jamais ..... 0 ≤ 1 /mois ..... 1 2 à 4 / mois ..... 2 2 à 3 / semaine ..... 3 4 et + / semaine ..... 4
<b>Quantité</b> Combien de verres standard buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ?	1 ou 2 ..... 0 3 ou 4 ..... 1 5 ou 6 ..... 2 7 à 9 ..... 3 10 et + ..... 4
<b>Critiques</b> Est-ce que votre entourage vous a fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?	Non ..... 0 Oui ..... 4
<b>Réveil</b> Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?	Non ..... 0 Oui ..... 4
<b>Mémoire</b> Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?	Non ..... 0 Oui ..... 4

Usage excessif probable : 5 à 8 (hommes) / 4 à 8 (femmes)  
Dépendance probable : 9 et plus

#### CRITÈRES DSM-5

##### La consommation d'alcool...

- est plus **importante** ou dure plus **longtemps** que prévu,
- entraîne des **envies** impérieuses ou obsédantes de consommer (craving),
- entraîne à son arrêt un syndrome de **sevrage** soulagé par la reprise,
- nécessite un **temps considérable**, y compris pour s'en procurer, ou récupérer de ses effets,
- nécessite **d'augmenter** les quantités pour obtenir les mêmes effets,
- **empêche ou réduit** d'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs,
- empêche de remplir ses **obligations**, au travail, à l'école ou à la maison.

##### Elle est répétée et poursuivie malgré...

- des situations où cela peut être physiquement **dangerueux**,
- des **problèmes** physiques ou psychologiques persistant ou récurrent déterminés ou exacerbés par l'alcool,
- des **efforts pour réduire** ou contrôler l'utilisation de la substance,
- la **connaissance** des problèmes sociaux et relationnels persistant ou récurrent dues à l'alcool.

Trouble d'usage sur 12 mois, selon le nombre de critères :

Léger : 2 à 3

Moderé : 4 à 5

Grave : 6 et plus

### Les principales occasions pour en parler



UNE FOIS PAR AN



EN POSTE DE TRAVAIL DE SÉCURITÉ



GROSSESSE



CONTRACEPTION



CHANGEMENT PSYCHO-SOCIAL



## **IV- Intervention brève :**

L'intervention brève vise à motiver un changement de comportement chez les consommateurs d'alcool à risques. Elle doit être proposée aux :

- Hommes avec un score de 7 à 12 au questionnaire AUDIT ou de 5 à 9 au questionnaire FACE
- Femmes avec un score de 6 à 12 au questionnaire AUDIT ou de 4 à 9 au questionnaire FACE

D'une durée variable de 5 à 20 minutes, elles peuvent être uniques ou répétées. Sous forme d'un simple conseil structuré de réduction de la consommation, elles ont montré leur efficacité pour améliorer l'état de santé des personnes ayant un usage à risque sans dépendance.

### **➤ Et sur quoi s'appuie cette intervention brève ?** **L'entretien motivationnel bien sûr !**

Quels sont les objectifs du patient ? où en est-il de sa motivation au changement ? Quel motif au changement ?

Où en est-on du discours maintien ? Allons-nous vers le discours changement ?

Tous les outils peuvent servir : échelles, reflets, DDPD, valorisation, reformulation, planification... Vous êtes les maîtres de la rencontre, on vous laisse le champ libre ;) !

Il y aurait mille et unes choses à dire sur l'entretien motivationnel dans ce domaine, ou plus généralement dans celui des addictions. Questionner les raisons du changement, ouvrir la discussion, s'intéresser aux freins, écouter l'histoire du patient et de son addiction, de la compagnie de la bouteille... Oups, je m'égare ! Quoique...

Libre à chacun de s'intéresser à l'entretien motivationnel, d'y piocher de ce qu'il ou elle souhaite, là où on se sent à l'aise.

Quoiqu'il en soit, c'est déjà probablement un pas vers la réduction des risques médicaux de nos patients, et c'est bien là le plus important !

## V-Thérapeutique dans l'addiction en alcool

L'objectif général des traitements médicamenteux est d'aider le patient à modifier sa consommation et les dommages induits en supprimant ou du moins en réduisant au maximum le *craving* quel que soit le mécanisme d'action pharmacologique du médicament.

Cependant l'accompagnement psychosocial, quelle qu'en soit la forme, reste le facteur qui explique la plus grande partie de l'efficacité d'un traitement. De plus, les médicaments n'agissent que sur la consommation et pas directement sur les composantes psychosociales des conduites addictives.

Cinq médicaments peuvent actuellement être prescrits pour aider un patient à modifier sa consommation d'alcool : l'acamprosate, la naltrexone, le disulfirame, le nalméfène et le baclofène.

### 1-REDUCTION DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL

On dispose de deux médicaments :

Nalméfène (SELINCRO®)

Il est commercialisé depuis fin 2014 dans la réduction de consommation d'alcool chez les patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool à risque élevé.

Contrairement aux médicaments usuellement utilisés, il s'agit d'un traitement « si besoin ». Le patient prend un comprimé les jours où il perçoit un risque de consommer de l'alcool, environ 1 à 2 h avant la perception du besoin. Le patient devient acteur de son traitement.

Sa tolérance est globalement bonne, mais il existe des effets indésirables qui sont d'intensité faible à modérée. (*Diminution de l'appétit, perte de poids, troubles du sommeil, confusion, impatiences, paresthésies, contractures musculaires, somnolence, fatigue, malaise, tremblements, trouble de l'attention, baisse de la libido, vertiges, céphalées, tachycardie, palpitations, nausées et vomissements, hyperhydrose, sécheresse buccale*) Ils peuvent survenir très vite, quelques jours après le début du traitement, et poussent les patients à interrompre précocement celui-ci alors que des mesures simples (prise pendant le repas par exemple) permettent une régression le plus souvent rapide. Ils doivent donc en être informés.

Soulignons le risque de sevrage brutal, parfois sévère, lors de la prescription de nalméfène chez les patients consommant des opiacés.

Baclofène (BACLOCUR® dosages de 10, 20, 30,40 mg)

Commercialisé en France depuis 1974 dans les contractures d'origine neurologique (LIORESAL®), il était utilisé hors AMM dans le traitement de l'alcoolodépendance. Il disposait depuis 2014 d'une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) =>

remboursement. Une AMM a été donnée en 2018 au BACLOCUR®, forme développée pour la dépendance à l'alcool.

A ce jour, les études cliniques ne permettent pas vraiment de conclure définitivement sur l'efficacité du baclofène et en particulier sur son rapport bénéfices-risques, et n'apportent pas suffisamment d'éléments quant à ses modalités pratiques d'utilisation (doses, profils des patients répondeurs, durée...).

Son utilisation pratique est complexe :

- Bilan pré-thérapeutique, biologie rénale, hépatique, recherche épilepsie, troubles psychiatriques
- Augmentation très progressive des doses sur quelques semaines (tolérance)
- Posologie variable selon efficacité et tolérance (maximale 80 mg/j)
- Personnaliser les prises, exemple diminution ou augmentation des prises en fonction du craving
- Arrêt progressif

Effets indésirables fréquents, le plus souvent bénin (*Effets sédatifs, somnolence, asthénie, troubles du sommeil, confusion, hallucinations, troubles de l'attention et de la mémoire, faiblesse musculaire, chutes, paresthésies, ataxie, tremblements, céphalées, vertiges, troubles oculaires, dépression, suicide, euphorie, dépression respiratoire, nausées, vomissements, rash cutané*)

Une étude a montré un surrisque de décès pour de fortes doses, supérieures à 180 mg par jour.

**Pour ces deux molécules, les méta analyses montrent un effet supérieur chez les forts consommateurs. En pratique, réduction moyenne de 1 à 2 verres par jour.**

## 2-AIDE AU MAINTIEN DE L'ABSTINENCE

Acamprosate (AOTAL®)

Son mécanisme d'action est incomplètement élucidé.

L'acamprosate est supérieur au placebo pour le maintien de l'abstinence, le nombre de jours sans alcool et le risque de rechute à 3 et à 12 mois après sevrage. Une méta-analyse récente a calculé qu'il fallait traiter 12 patients pour obtenir un abstinent supplémentaire.

Sa tolérance est bonne. L'effet indésirable le plus fréquent est la diarrhée, dose-dépendante. *Autres effets indésirables : nausées, vomissements, douleurs abdominales, flatulences, prurit, rash cutané, frigidity, impuissance, diminution de la libido*

Le médicament est introduit dès que possible au début du sevrage ou après celui-ci (< 60 kg : 4 cp/j ; ≥ 60 kg : 6 cp/j en 3 prises). La durée de prescription est d'un an (AMM), mais le traitement peut être poursuivi tant qu'il existe un bénéfice et que le patient le souhaite.

#### Naltrexone (REVIA®)

La naltrexone diminue les reprises et les rechutes alcooliques, réduit davantage les jours de forte consommation et le *craving* que l'acamprosate, mais apparaît moins efficace sur le maintien de l'abstinence. Comme les autres, ce médicament semble bénéfique chez les forts consommateurs. Une méta-analyse récente a calculé qu'il fallait traiter 20 patients pour obtenir une abstinence supplémentaire et 12 patients pour une réduction de consommation.

Sa tolérance est habituellement bonne.

*Effets indésirables : Anxiété, nervosité, insomnie, irritabilité, céphalées, impatiences, vertiges, augmentation de la sécrétion lacrymale, tachycardie, palpitations, anomalies électrocardiographiques, douleur abdominale, nausées, vomissements, diarrhée, constipation, rash, arthralgies, myalgies, éjaculation retardée, troubles de l'érection*

Des cytolyses ont pu être constatées et doivent être particulièrement surveillées chez ces patients.

La naltrexone est prescrite dès que possible au début du sevrage ou après celui-ci (1 cp/j en une prise). La durée de prescription est de 3 mois (AMM). Cependant, le traitement peut être poursuivi jusqu'à 6 mois ou tant qu'il existe un bénéfice et que le patient le souhaite.

#### **Pour ces deux molécules :**

**Qu'il s'agisse de l'acamprosate ou de la naltrexone, ces médicaments doivent être arrêtés après 4-6 semaines en l'absence de résultat tangible.**

**Les résultats des méta-analyses montrent que l'acamprosate paraît surtout intéressant pour éviter la reprise du premier verre alors que la naltrexone a une meilleure efficacité pour éviter le retour à une forte consommation.**

Concernant le baclofène, rappelons que l'AMM n'a pas retenu la prévention de la rechute comme indication. Sa prescription dans ce cas est donc hors AMM.

### 3-EFFET ANTABUSE

Disulfirame (ESPERAL®)

Le disulfirame est un inhibiteur de l'acétaldéhyde déshydrogénase qui, par ce mécanisme, inhibe la dégradation de l'acétaldéhyde produit par l'oxydation de l'alcool, produit toxique dont l'accumulation induit un effet antabuse qui se traduit cliniquement par un malaise avec douleurs abdominales, nausées, vomissements, flush et parfois hypotension artérielle plus ou moins importante.

On constate que son efficacité est la meilleure dans les études ouvertes alors qu'elle est très faible dans les études contrôlées en double aveugle, ce qui confirme que son efficacité ne passe pas par un effet pharmacologique propre, mais, en tout cas pour le traitement de la dépendance à l'alcool, par un effet purement psychologique lorsque le patient a compris, voire expérimenté son mécanisme d'action.

Le disulfirame a donc une efficacité intéressante à condition qu'il soit prescrit dans le cadre d'une supervision, c'est-à-dire que le patient prenne réellement son traitement. Il est habituellement bien toléré, mais des effets indésirables, rares mais parfois graves, notamment hépatiques et neurologiques, ont été décrits, justifiant une surveillance particulière.

*Effets indésirables : céphalées, somnolence, troubles neurologiques parfois graves mais généralement réversibles (névrites optiques, encéphalopathies, confusion, convulsions), augmentation des transaminases, hépatites (parfois graves), fatigue, tachycardie, troubles du rythme cardiaque*

### 4- ASSOCIATIONS ?

Plusieurs études ont testé l'association de deux médicaments aux mécanismes d'action différents, en particulier acamprosate et naltrexone. Ces études n'ont pas permis de montrer de supériorité de ces associations par rapport à chaque produit pris séparément.

Si ce type de stratégie n'est pas pour l'instant validé par des essais cliniques, leur utilisation est cohérente et à proposer au cas par cas.

### 5-AUTRES

Une autre molécule est en cours d'évaluation, il s'agit de l'oxybate de sodium ou GHB.

Elle est commercialisée en Italie depuis 1991 et en Autriche depuis 1999 dans le traitement de la dépendance à l'alcool, aussi bien dans le sevrage que dans la prévention de la rechute.

Une synthèse récente des données disponibles montre une efficacité intéressante chez les patients ayant un trouble sévère de l'usage de l'alcool

Le profil de tolérance de l'oxybate de sodium apparaît rassurant.

Mais le GHB est également une drogue de synthèse aux propriétés sédatives et amnésiantes, utilisée dans un but récréatif et qui a pu, à l'occasion, défrayer la chronique, notamment dans un cadre de soumission chimique, ce qui altère son image entre médicament prescrit et drogue récréative. Un mésusage apparaît surtout chez des profils de patients particuliers, notamment ceux qui ont des comorbidités psychiatriques importantes ou des conduites addictives associées (cocaïne ou héroïne notamment).

Parmi les autres médicaments qui ont été évalués dans le traitement de l'alcoolodépendance, on peut citer les anticonvulsivants et en particulier le topiramate. L'efficacité des anticonvulsivants pris globalement est un peu moins bonne. Leur tolérance doit être prise en compte. Ces médicaments ne disposent pas actuellement d'AMM dans l'indication du traitement de l'alcoolodépendance.

## **VI- Rôle de l'entourage / des autres soignants**

Place ici des IDE Asalée, des Csapa, des Alia ou autres centres spécialisés dans le dépistage et la prise des patients addictes.

Place de l'information transmise par les proches, les conjoints, les enfants...

Comment se situer par rapport à l'addiction de son proche ?

Les inquiétudes sur la santé et le rapport aux autres en lien avec le produit ?

## **VII- Echec du sevrage...**

Certains patients signalent une reprise de la consommation d'alcool après un sevrage, quel qu'en soit la durée. Que faire de cet « apparent » échec ? Un sevrage n'est-il pas une réussite, un rapport au changement réussi sur un temps donné ? Et donc une possibilité vers un nouveau changement ?

Le sevrage se différencie de l'abstinence par son « poids psychique », sa durée, son objectif. Ne jamais dire jamais ? Comment se projeter dans le sevrage ? L'abstinence apparaît pour certains comme insurmontable, source d'échec préalable au sevrage : « de toute façon, je n'y arriverai pas », « je craquerai un jour »...

En effet, depuis décembre 2014, la SFA (société française d'addictologie) semble avoir changé de paradigme ; elle recommande « d'accepter l'objectif de consommation du sujet » dans une démarche de réduction des risques sur la santé physique. Elle rappelle que l'abstinence reste le moyen le plus sûr mais que « l'objectif thérapeutique doit prendre en compte les préférences du patient ». L'idée est-elle de redonner au patient la position de celui qui décide pour sa santé ? Et de ne pas faire « ce qui est bon » parce que le médecin, représentant l'autorité du savoir, l'aurait dit ?

Il semblerait qu'après avoir constaté un échec de la volonté des médecins d'obtenir une abstinence et un sevrage définitif, les objectifs de soins aient été repositionnés.

## VIII- Dépistage cirrhose

Quelle qu'en soit la cause, le dépistage de la cirrhose à un stade précoce améliore le pronostic. L'étiologie alcoolique représente 75% des cas.

La biopsie hépatique permet un diagnostic de certitude. Toutefois, cet examen invasif n'est pas sans risque et doit être évité. Il est inutile lorsque le terrain, l'examen clinique et les examens d'imagerie sont concordants.

Des tests non invasifs de fibrose ont donc été développés pour un dépistage précoce.

### 1- TESTS SÉRIQUES :

Le score APRI, le NAFLD *fibrosis score* et le FIB-4 sont faciles à évaluer en consultation grâce aux outils électroniques disponibles sur internet ([nafldscore.com](http://nafldscore.com), [www.cregg.org](http://www.cregg.org), [www.mdcalc.com](http://www.mdcalc.com)).

Les autres, plus performants, nécessitent une simple prescription sur ordonnance, mais la formule est complexe et oblige à un calcul en laboratoire :

- Fibrotest (fait intervenir le dosage de 6 marqueurs alpha2 globuline, haptoglobine, apolipoprotéine A1, bilirubine totale, gamma GT, ALAT)
- Fibromètre (test clinico biologique faisant intervenir plusieurs paramètres : poids, plaquettes, ASAT, ALAT, ferritine, glycémie, acide hyaluronique, TP)

Le résultat des tests est habituellement exprimé par un score allant de F0 (pas de fibrose) à F4 (cirrhose).. L'interprétation de leur résultat tient compte de l'étiologie de la cirrhose, car elle influence leurs paramètres diagnostiques.

Mesurés sur des indicateurs sériques ou clinico- biologiques, ils excluent une cirrhose, avec une valeur prédictive négative de fibrose > 95 % chez les patients alcooliques (et > 90 % en cas de NASH). Les plus performants (FibroTest et FibroMètre) sont aussi les plus coûteux et ne sont pas remboursés par l'Assurance maladie dans ces 2 indications.

## 2-ELASTOMETRIE :

L'élastométrie hépatique (FibroScan) et l'élastométrie couplée à l'échographie utilisent les ultrasons pour mesurer l'élasticité du tissu hépatique, sa dureté et son atténuation ultrasonore, par un appareil dédié. La seconde technique permet en outre de mesurer le CAP (*Controlled Attenuation Parameter*), marqueur de quantification de la stéatose.

L'élastométrie par FibroScan : dans la maladie alcoolique, sa performance diagnostique est très bonne chez les patients sevrés. Néanmoins, la consommation excessive d'alcool et l'élévation des transaminases augmentent l'élasticité. Il est donc important d'interpréter le chiffre d'élastométrie à la lumière du bilan biologique et d'une intoxication éthylique sevrée ou non.

## BIBLIOGRAPHIE

<https://www.larevuedupraticien.fr/article/sevrage-alcoolique-comment-faire-en-pratique>  
[https://www.cnge.fr/conseil\\_scientifique/productions du conseil scientifique/soins du patient ayant une consommation dalcool ri/](https://www.cnge.fr/conseil_scientifique/productions_du_conseil_scientifique/soins_du_patient_ayant_une_consommation_dalcool_ri/)  
<https://lecmg.fr/addictionsmg/>  
<https://www.alcool-info-service.fr/Alcool/Home-Professionnels/Alcool-Sante/depistage-evaluation/RPIB-pratique>  
<https://www.alcool-info-service.fr/>

<https://www.larevuedupraticien.fr/article/prise-en-charge-medicamenteuse-des-troubles-de-lusage-de-lalcool>  
<https://www.larevuedupraticien.fr/article/cirrhose>

. HALFEN S, VONGMANY N et GREMY I. Enquête alcool auprès des patients de médecins généralistes libéraux en Ile de France. Février 2002. Observatoire régional de santé Ile de France.

. GUERIN S. et al. BEH n°16-17-18/2013. Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009.

. HUAS D, Bernard RUEFF. Alcool et médecine générale. 2010. CNGE > cf image en annexe

. HUAS D, et al. Prévalence du risque et des maladies liées à l'alcool dans la clientèle adulte du médecin généraliste. Rev Prat Médecine Générale : 1993;203:39-44.

. GALLOIS P, EMERIAUD P, CHARPENTIER J-M. Le problème « alcool » en médecine générale 2 301 réponses à un questionnaire d'auto-évaluation. Médecine. 2006 Sep 1;2(7):320-4.

. GALLOIS P, VALLEE J-P, NOC YL. Les mésusages de l'alcool : repérage et intervention brève en médecine générale. Médecine. 2006 Sep 1; 2(7):302-6.

- . MICHAUD P. *Qu'est-ce qui peut bien motiver le médecin généraliste à parler d'alcool avec ses patients ? Médecine.* 2006 Sep 1; 2(7):291–2.
- . TOURNEBISE T. *Aider le malade alcoolique.* Mars 2003. [www.maieusthesie.com](http://www.maieusthesie.com)
- . GMEL G, WICKI M. *Evaluations des effets sur les intoxications alcooliques suite aux mesures visant à réduire le degré d'accessibilité à l'alcool dans le canton de Genève.* *Addiction Info Suisse.* Lausanne, septembre 1010.
- . TERRADE P. *Attentes des patients alcoolos dépendants vis à vis de leur médecin généraliste avant et après sevrage [Thèse d'exercice].* Université de Poitiers. Faculté de Médecine et de Pharmacie. 2009.

► férentes doses, formulations galéniques, durées ou fréquences de traitement ; les essais comparant des médicaments avec des options non médicamenteuses (2).

**Financement indépendant : davantage d'essais utiles pour mieux soigner.** Seulement 32 % des 328 essais correspondaient aux critères d'utilité de l'étude. Parmi ceux-ci, 87 % ont été menés exclusivement sur financement indépendant des firmes, dont 66 % en totalité ou en partie avec des fonds émanant d'un gouvernement (2).

Les essais destinés à comparer des médicaments avec des traitements non médicamenteux ou des stratégies thérapeutiques, ou à étudier les effets indésirables d'un médicament, ont été financés en large majorité sur fonds indépendants (2).

**Financement par des firmes : résultats plus favorables au médicament étudié.** Les essais financés par les firmes ont plus souvent rapporté des résultats "positifs" que les essais financés sur fonds indépendants (65 % versus 47 %) (2).

**En somme : promouvoir une recherche clinique sur fonds publics.** Cette étude montre que les firmes financent des essais davantage dans le but d'obtenir une autorisation de mise sur le marché d'un médicament, que pour répondre aux questions que se posent les soignants.

À l'inverse, les essais menés sur fonds publics, et plus généralement indépendants des firmes, sont plus susceptibles d'aider les soignants à faire de meilleurs choix thérapeutiques.

Ne pas financer de recherche publique conduit à sous-traiter aux firmes la recherche clinique, dont les objectifs ne sont pas orientés en priorité vers le meilleur usage possible des médicaments. Ce n'est pas un bon calcul, ni pour les patients, ni pour les soignants, ni pour la collectivité, ni à terme, pour le crédit des firmes.

©Prescrire

#### Extraits de la veille documentaire Prescrire.

1- Prescrire Rédaction "Grands principes" *Rev Prescrire* 2008 ; 28 (298) : 587-588.  
2- Hochman M et McCormick D "Characteristics of published comparative effectiveness studies of medication" *JAMA* 2010 ; 303 (10) : 951-958.

#### PRATIQUE

### Alcool et médecine générale



"Alcool et médecine générale" a été co-écrit par un médecin généraliste universitaire et un médecin alcoologue hospitalo-universitaire, membre de la Rédaction de *Prescrire* (1). Comme le titre l'indique et comme les auteurs le revendiquent, « il s'agit d'un livre de médecine générale sur les problèmes liés à l'alcool, et non d'un livre d'alcoologie ». Le point de vue est résolument celui du médecin généraliste qui reçoit des patients dont la relation à l'alcool peut aller du non-usage à l'alcoolodépendance, en passant par les situations d'usage nocif et d'usage à risque. L'usage "bénéfique" de l'alcool n'est pas occulté.

**Données de la science et balances bénéfiques-risques.** Les auteurs étayent leurs propos par les données de la science pondérées selon leur niveau de preuves. Ils privilégient la clinique, et insistent sur l'intérêt de prendre en compte les souhaits des patients. Les références bibliographiques, peu nombreuses « compte tenu du petit nombre d'évaluations de bonne qualité réalisées en médecine générale », sont surtout des synthèses méthodiques et des guides de pratique clinique français et anglo-saxons. La balance bénéfices-risques des options de prise en charge est exposée.

L'ouvrage est divisé en 16 chapitres autonomes, parfois très courts, qui abordent l'ensemble de la problématique de l'alcool en médecine générale. Après avoir défini les différents usages de l'alcool et situé sa place dans le contexte historique et culturel français, les auteurs analysent le rôle des nombreux intervenants, le savoir des patients, les réactions négatives des soignants.

Les chapitres centraux abordent successivement les motifs de consultation, l'interrogatoire du patient, l'examen clinique et la place des examens non cliniques. Ce cheminement amène, le cas échéant, au repérage d'un mésusage, et au choix d'une prise en charge parmi celles disponi-

bles. La place des médicaments dans le cadre du sevrage ou du maintien de l'abstinence est précisée.

**Situations cliniques particulières.** Les particularités de certains groupes sont analysées dans des chapitres spécifiques : adultes jeunes, femmes, femmes enceintes, personnes âgées, patients atteints d'un trouble psychiatrique, situations d'addictions multiples.

Les annexes contiennent des éléments de biochimie, de toxicologie, d'épidémiologie, de génétique, les principaux questionnaires d'évaluation de la consommation d'alcool et leur interprétation, ainsi que les règles de sécurité routière en France. Des cas cliniques et un index complètent cet ouvrage.

Au total, ce livre constitue un guide pratique, court et bien étayé, qui permet aux médecins généralistes de travailler avec leurs patients à la résolution des problèmes posés par l'alcool.

©Prescrire

#### Extraits de la veille documentaire Prescrire.

1- Huas D et Rueff B "Alcool et médecine générale" *GMSanté*, Neuilly-sur-Seine 2010 : 194 pages, 19,80 €. Disponible par correspondance auprès de l'Appel du Livre.

#### FACILITÉ PRESCRIRE



L'Appel du Livre, libraire par correspondance et fournisseur de *Prescrire* depuis de nombreuses années, peut vous procurer tout ouvrage non épuisé, publié en France ou hors de France.

L'Appel du Livre

99, rue de Charonne - 75011 Paris  
Tél. : 01 43 07 43 43 - Fax : 01 43 07 50 80  
Courriel : livres@appeldulivre.fr  
Site internet : www.appeldulivre.fr