



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Prise en charge du patient alcoolodépendant en médecine générale :
synthèse des outils de dépistage et des traitements basée sur une
revue systématique de la littérature**

Présentée et soutenue publiquement le 15 avril 2015 à 16 heures
au Pôle Recherche

Par Jonathan Himpens

JURY

Président :

Monsieur le Professeur COTTENCIN Olivier

Assesseurs :

Monsieur le Professeur JARDRI Renaud

Monsieur le Docteur CALAFIORE Matthieu

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur BENCE Camille

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

ALAT : Alanine Amino Transferase
ASAT : Aspartate Amino Transferase
AUDIT : Alcohol Use Disorders Test
BZD : Benzodiazépines
CDA : Consommation Déclarée d'Alcool
CDT : Carbohydrate Deficient Transferine
DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GGT : Gamma-Glutamyl-Transpeptidase
HAS : Haute Autorité de Santé
IC : Intervalle de Confiance
IRS : Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine
NS : Non Significatif
NIAAA : National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OR : Odds Ratio
RTU : Recommandation Temporaire d'Utilisation
Se : Sensibilité
SFA : Société Française d'Alcoologie
Sp : Spécificité
TCC : Thérapies Cognitivo-Comportementales
TUA : Trouble de l'Usage d'Alcool
UIA : Unité Internationale d'Alcool
USPSTF : United States Preventive Services Task Force
VGM : Volume Globulaire Moyen
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Table des matières

Résumé	1
Introduction	3
I. Présentation du contexte	3
A. En France.....	3
B. A l'échelle européenne	4
C. Morbi-mortalité	5
1. Morbidité	5
a) Conséquences d'une consommation aiguë.....	5
b) Conséquences d'une consommation chronique.....	5
2. Mortalité	6
II. Définitions.....	6
A. Limites de consommation sans risque	6
B. Modes de consommation d'alcool	7
1. Usage simple	7
2. Mésusage.....	7
III. Alcool et médecine générale	8
A. Rôles du médecin généraliste	8
B. La problématique alcool en consultation.	9
C. Le repérage.....	10
1. La consommation déclarée d'alcool.	10
2. Les marqueurs biologiques (GGT, CDT, VGM).	10
3. Les questionnaires spécifiques.	10
D. Prise en charge	11
1. L'intervention brève (IB)	11
2. Le sevrage	12
3. Objectifs de prise en charge.....	14
IV. Objectifs de notre travail	15
Matériels et méthodes.....	16
Résultats	19
I. Résultats de sélection des étapes 1 et 2	19
II. Types d'articles et gradation.	20
III. Résultats de l'analyse des articles sélectionnés.....	21
A. Repérage	21
1. Repérage clinique	21
2. Question simple.....	22
3. Tests biologiques.....	22
4. Questionnaires spécifiques	23
a) L'AUDIT et ses déclinaisons.....	23
b) CAGE	24
c) Autres.....	25
5. Difficultés rencontrées dans le cadre du repérage	25
B. Prise en charge	26
1. Prise en charge médicamenteuse	26
a) Généralités	26
b) Les traitements addictolytiques et aversifs usuels.....	27
c) Molécules en cours d'évaluation	30

d) Phamacologie du sevrage	32
e) Les antidépresseurs	33
<i>i. Les antidépresseurs chez l'alcoolodépendant sans trouble dépressif.....</i>	<i>33</i>
<i>ii. Les antidépresseurs chez les patients dépressifs avec mésusage d'alcool</i>	<i>33</i>
2. Prise en charge non médicamenteuse	35
a) L'intervention brève	35
<i>i. L'intervention brève chez les consommateurs à risque non alcoolodépendants</i>	<i>35</i>
<i>ii. L'intervention brève chez les patients alcoolodépendants.....</i>	<i>36</i>
b) Les psychothérapies.....	38
c) Le suivi	38
C. Difficultés de prise en charge en médecine générale.....	39
1. Le recours aux soins	39
2. Les rechutes.....	41
3. La formation des médecins	41
Discussion	43
I. Limites méthodologiques	43
II. Analyse détaillée.....	45
A. Repérage	45
B. Prise en charge	46
1. Prise en charge médicamenteuse	46
2. Prise en charge non médicamenteuse	49
C. Difficultés rencontrées en médecine générale.....	51
Conclusion.....	52
Références bibliographiques	54
Annexes	62
Annexe 1 : critères diagnostiques de dépendance selon le DSM IV	62
Annexe 2 : questionnaire AUDIT	64
Annexe 3 : questionnaire AUDIT-C	65
Annexe 4 : questionnaire FACE	66
Annexe 5 : questionnaire DETA (CAGE)	67

RESUME

Contexte : Avec 8,8 millions d'usagers réguliers, l'alcool constitue en France un problème de santé publique majeur à l'origine de nombreuses conséquences médicales, économiques et sociales. Le médecin généraliste, premier recours aux soins, joue un rôle important dans le repérage et la prise en charge des patients présentant un Trouble de l'Usage d'Alcool (TUA).

Méthode : Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature à partir de la base de données Pubmed selon les patterns de mots clés suivants : 1- [« alcohol dependence »] AND [« primary care » or « general practi* »] AND Treatment, 2- [alcohol* or drink*] AND [« primary care »] AND dependence, 3- [alcohol*] AND [detoxification or withdrawal] AND [« primary care » or general practi*]. Nous avons ensuite effectué une sélection individuelle des articles selon des critères prédéfinis.

Résultats : 81 articles correspondaient aux critères de sélection. En matière de repérage, les questionnaires spécifiques des TUA, dont l'AUDIT, présentent les meilleurs résultats mais leur utilisation reste marginale, les médecins traitants utilisant d'avantage les marqueurs biologiques. L'intervention brève, qui n'a pas fait la preuve de son efficacité chez l'alcoolodépendant, montre de bons résultats chez l'usager à risque. Concernant la prise en charge médicamenteuse, la prescription des benzodiazépines ne semble plus discutée pour le sevrage en alcool, les addictolytiques apparaissent quant à eux trop peu prescrits. Les antidépresseurs, souvent initiés chez le patient alcoolodépendant, restent rarement nécessaires. Si la fréquence du suivi et la qualité de la relation médecin-malade jouent un rôle

prépondérant dans le maintien de l'abstinence, le médecin généraliste, contraint par le temps, admet des difficultés dans la prise en charge des patients alcoolodépendants.

Conclusion : Le repérage des patients alcoolodépendants par le médecin généraliste doit s'appuyer sur des outils cliniques simples et efficaces. De nouvelles recommandations concernant la prise en charge, notamment médicamenteuse, permettraient une prise en charge plus homogène et adaptée des patients.

INTRODUCTION

I. Présentation du contexte

A. En France

La consommation d'alcool est traditionnellement ancrée dans notre civilisation. Son usage est souvent associé à la convivialité et représente un vecteur social important.

On estimait le nombre de consommateurs d'alcool en 2011 à 44 millions de personnes chez les 11-75 ans en France, ce qui en faisait la substance psycho active la plus consommée au niveau national.

Dans les années 1960, la France était largement en tête du classement mondial des pays quant à la consommation d'alcool pur par habitant (26 litres par an).

Depuis, cette moyenne a fortement diminué et s'élevait en 2011 à 12 litres par habitant par an (1).

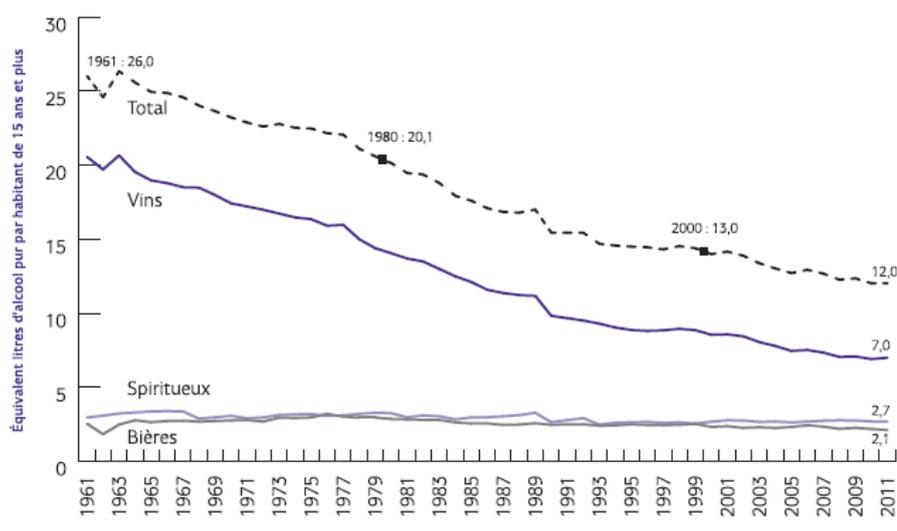


Figure 1 : Evolution de la consommation d'alcool entre 1960 et 2011 (1)

En France, en 2010, 4.7% des hommes et 1.3% des femmes de plus de 15 ans étaient alcoolodépendants (2).

B. A l'échelle européenne

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la France se classait en 2006 en sixième position des plus gros consommateurs d'alcool au sein de l'union européenne.

La diminution constante des consommations lui permet de se rapprocher de la moyenne européenne (11 litres d'alcool pur par habitant de plus de 15 ans par an en 2006) (3).

Tableau 1
Consommation enregistrée d'alcool dans les pays membres de l'UE en 2006, en litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans et plus

Pays	Litres/hab.	Pays	Litres/hab.
Estonie**	16,2	Bulgarie**	10,9
République tchèque	14,9	Danemark	10,8
Irlande	13,4	Slovaquie	10,6
Lituanie	12,9	Pays Bas	10,6
Autriche	12,8	Pologne	10,4
Hongrie**	12,5	Finlande	10,1
France*	12,5	Espagne	10,0
Slovénie	12,4	Belgique	9,7
Portugal**	12,2	Chypre**	9,3
Allemagne	11,9	Grèce**	9,2
Luxembourg**	11,8	Italie	8,0
Roumanie	11,8	Suède	6,8
Royaume Uni	11,4	Malte**	5,3
Lettonie	11,2		

*Le chiffre fourni pour la France en 2006 est celui qui a été calculé à partir de la méthode définie conjointement par l'Insee et l'OFDT. Cette donnée n'est pas harmonisée avec celle de la base de l'OMS pour l'instant.
** Chiffres 2005.

Sources : France : Insee et OFDT ; autres pays de l'UE : OMS (Global Information System on Alcohol and Health)

Figure 2: Consommation d'alcool dans les pays membres de l'UE en 2006 (en litres d'alcool pur par habitant) (3)

C. Morbi-mortalité

L'alcool reste un problème majeur de santé publique et constitue la deuxième cause de mortalité prématurée en France.

1. Morbidité

a) Conséquences d'une consommation aiguë

Elles peuvent être d'ordre physique (complications cardiovasculaires, pancréatite aiguë, hépatite alcoolique aiguë, coma éthylique) mais sont le plus souvent d'ordre comportemental liées à la perte de contrôle pouvant entraîner des accidents (notamment accidents du travail, conduite en état d'ivresse, désinhibition, rapports sexuels à risque et risque suicidaire) (1, 4).

b) Conséquences d'une consommation chronique

La consommation chronique d'alcool favorise l'apparition de diverses pathologies au niveau :

- gastro-intestinal : notamment hépatique (stéatose, hépatite, cirrhose) et pancréatique (pancréatite chronique, diabète)
- cardiovasculaire : hypertension artérielle, arythmies, coronaropathies, accidents vasculaires cérébraux
- neurologique : système nerveux central (encéphalopathies, troubles cognitifs, démence, troubles de la marche) et périphérique (neuropathie)
- neuropsychiatrique : épilepsie, dépression, anxiété, troubles du sommeil.

Elle augmente également le risque de développer des cancers, notamment de la bouche, du pharynx, du larynx, de l'œsophage, du foie, du côlon-rectum et du sein.

De plus, une consommation d'alcool pendant la grossesse peut retentir sur le développement psychomoteur de l'enfant provoquant retard de croissance, prématurité, faible poids de naissance ou déficit intellectuel (4, 5).

2. Mortalité

En 2009, l'alcool apparaissait comme facteur favorisant dans 49000 décès (environ 31% par cancer, 25% par maladie cardiovasculaire, 17% par suicide ou accident, 16% par maladie digestive et 11% par d'autres causes) dont environ 20000 seraient exclusivement imputables à la consommation d'alcool (cirrhose, atteinte neurologique et cancer des voies aérodigestives supérieures) (6).

II. Définitions

A. Limites de consommation sans risque

L'OMS a proposé des limites au-delà desquelles la consommation d'alcool peut provoquer des dommages pour la santé. Elle est dangereuse au-delà de 4 unités d'alcool pur par jour pour un homme (ce qui équivaut à 40 grammes) et de 2 unités pour une femme (20 grammes) (7).

B. Modes de consommation d'alcool

Parmi les consommateurs d'alcool, on distingue l'usage simple et le mésusage.

1. Usage simple

L'usage simple correspond à une consommation d'alcool en deçà des seuils définis par l'OMS, n'ayant aucune conséquence pour l'individu, et en dehors de situations à risque.

2. Mésusage

Le DSM IV distingue plusieurs types de mésusages :

- l'usage à risque

Il correspond à une conduite d'alcoolisation ponctuelle ou régulière, où la consommation est supérieure aux seuils de dangerosité définis par l'OMS et non encore associée à un quelconque dommage d'ordre médical, psychique ou social, mais susceptible d'en induire à court, moyen ou long terme (8).

- l'usage nocif

Il s'agit d'une consommation répétée induisant des dommages physiques, psychoaffectifs ou sociaux pour le patient ou son entourage.

- l'usage avec dépendance

Il associe dépendance physique et psychique. La dépendance physique est caractérisée par le phénomène de tolérance (majoration des doses pour obtenir les mêmes effets) et par le syndrome de sevrage. La dépendance psychique est

représentée par le phénomène de *craving* qui est un désir irréprensible de consommer (annexe 1) (9).

Les différents modes de consommation sont résumés par la pyramide de Skinner :

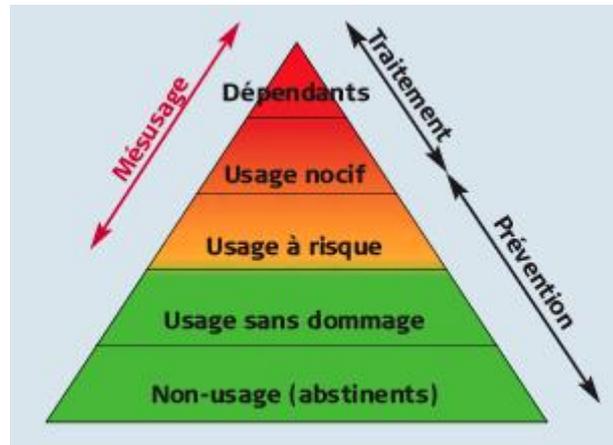


Figure 4 : pyramide de Skinner.

III. Alcool et médecine générale

A. Rôles du médecin généraliste

Le médecin traitant constitue le premier recours, il doit gérer le premier contact et établir une relation efficace avec son patient. Afin de fournir des soins appropriés, il doit coordonner les soins avec d'autres professionnels de santé. Son approche doit être centrée sur la personne lors de la prise en charge des patients et de leurs problèmes. Il doit également assurer la continuité des soins, gérer les problèmes aigus et chroniques du patient et promouvoir l'éducation thérapeutique (10).

Le repérage et la prise en charge du patient alcoolo-dépendant repose en premier lieu sur le médecin généraliste qui est confronté dans sa patientèle à tous les différents types d'usage et de mésusage d'alcool (11).

B. La problématique alcool en consultation.

Alors que l'alcool est un problème largement répandu dans la population, il ne constitue que rarement le motif principal de consultation en médecine générale. En effet, en 2009, la problématique alcool ne représentait que le onzième motif de consultation (5.85%) le plus fréquent d'après l'Observatoire de Médecine Générale. Pourtant le diagnostic de « problèmes avec l'alcool » était le 3ème plus fréquent avec 8.39% des diagnostics posés lors des consultations (12).

L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) estimait que chaque médecin voyait en consultation 0.9 patient par semaine dans le cadre d'un sevrage alcoolique (1).

Il a également été montré que les patients alcoolodépendants consultaient leur médecin traitant plus fréquemment que la population générale (9 fois par an contre 5.8 dans la population générale) (8).

Néanmoins, certaines difficultés sont fréquemment mises en avant par les médecins généralistes comme la réticence du patient à parler d'alcool avec son médecin, le manque de temps en consultation, la réserve du médecin à aborder la problématique alcool avec les patients, l'inutilité de la démarche ou l'absence de protocole standard (13).

C. Le repérage

Le repérage individualisé incombe tout naturellement au médecin généraliste, acteur du système de santé privilégié, au contact de l'environnement du patient et qui représente souvent l'unique interlocuteur médical de celui-ci.

Différents moyens de repérage sont à disposition du médecin traitant :

1. La consommation déclarée d'alcool.

Elle consiste à évaluer la consommation d'alcool en Unités Internationales Alcool (UIA) par jour et permet de mettre en évidence un mésusage. Elle est indiquée de façon systématique chez tous les patients en médecine générale (14). Une UIA correspond en moyenne à 10 grammes d'alcool pur.

2. Les marqueurs biologiques (GGT, CDT, VGM).

Ils ne permettent pas de mettre en évidence une alcoolodépendance mais sont des marqueurs de consommations excessives de boissons alcoolisées. Ils présentent des sensibilités et spécificités insuffisantes pour le dépistage systématique mais peuvent aider au diagnostic de consommation excessive ainsi qu'à la prise de conscience des patients (15).

3. Les questionnaires spécifiques.

Ils sont validés pour le repérage d'un mésusage d'alcool. Il en existe plusieurs : l'AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) (annexe 2) et le FACE (*Fast Alcohol*

Consumption Evaluation) (annexe 3) recommandés par la Société Française d'Alcoologie (SFA), mais aussi l'AUDIT-C (annexe 4) et le CAGE (et sa version française le DETA) (annexe 5) notamment (14).

D. Prise en charge

Lorsqu'un usage problématique d'alcool a été mis en évidence, le médecin généraliste peut alors prendre en charge lui-même le patient, seul ou en liaison avec une structure (76% des cas) ou l'adresser à une structure spécialisée ou à un confrère (24%) (16).

1. L'intervention brève (IB)

Une fois qu'un mésusage d'alcool sans alcoolodépendance a été mis en évidence, le premier outil du médecin généraliste est l'IB. Il s'agit d'une intervention d'une dizaine de minutes, portant sur les risques liés à la consommation d'alcool, les méthodes pour la réduire et les objectifs de réduction. Elle est réalisée après évaluation de la motivation du patient. Elle comporte 5 étapes principales :

- interroger le patient sur ses habitudes de consommation
- évaluer le niveau de risque
- informer le patient sur les conséquences de la consommation abusive et les

bénéfices attendus en cas de diminution

- trouver un objectif consensuel de niveau de consommation en accord avec le patient
- planifier une consultation de contrôle pour évaluer les progrès (17) (18).

2. Le sevrage

Le médecin généraliste intervient dans la prescription et l'encadrement des sevrages. Ils peuvent être réalisés soit en ambulatoire, encadrés par le médecin généraliste lui-même ou avec l'aide de structures addictologiques, soit en milieu hospitalier.

Les modalités thérapeutiques du sevrage sont précisées dans la conférence de consensus de 1999 qui spécifie les indications et contre-indications du sevrage ambulatoire et qui confirme la nécessité d'utilisation de benzodiazépines (BZD) et d'une supplémentation vitaminique (19).

- Les traitements spécifiques de l'alcoolodépendance
 - Les addictolytiques

Ils sont représentés par l'acamprosate (AOTAL®, agoniste GABAergique) et le naltrexone (REVIA®, antagoniste des opiacés). Ils diminuent les envies de consommer (*craving*) et favorisent le maintien de l'abstinence et sont à instaurer après sevrage chez un patient dont l'objectif est un maintien de l'abstinence. Leur tolérance est bonne.

- Les aversifs

Le disulfirame (ESPERAL®) crée une sensation déplaisante lorsque l'on consomme de l'alcool en lien avec une concentration majorée d'acétaldéhyde (20).

Des accidents graves ont été décrits chez les patients traités par disulfirame et il est contre-indiqué chez les cirrhotiques ou cardiopathes.

	Acamprosate	Naltrexone	Disulfirame
Prise unique quotidienne	Non	Oui	Oui
Diminution du <i>craving</i>	Oui	Oui	Non
Eviter qu'un « dérapage » ne devienne une rechute	Possible	Oui	Oui
Diminue l'anxiété et les insomnies	Oui	Non	Non
Usage chez le cirrhotique	Oui (sauf Child C)	Non	Non
Usage chez l'insuffisant rénal	Non	Précautions	Non
Usage chez le patient à troubles cardiaques	Oui	Oui	Non

Tableau 5 : Choix d'une pharmacothérapie chez l'alcoolodépendant (source : Demirkol) (21)

- Le baclofène (LIORESAL®)

Le baclofène est un agoniste des récepteurs GABAergiques qui bénéficie d'une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) chez l'alcoolodépendant. De nombreuses études sont en cours en France.

En 2011, on estimait en France le nombre de patients alcoolodépendants traités par baclofène à 24391 avec une moyenne d'âge à l'introduction de 54 ans et avec une dose moyenne par jour de 24.9 mg. Dans la majorité des cas, la première

prescription émanait du médecin généraliste (59.3%). Le taux annuel d'incidence est passé de 0.009/1000 sujet- années en 2007 à 0.26/1000 sujets-années en 2011 (22).

- Le nalméfène (SELINCRO®)

Le nalméfène est un modulateur du système opioïde disponible en France depuis peu. Il est destiné aux patients alcoolodépendants ne souhaitant pas l'abstinence et a pour objectif de diminuer les quantités d'alcool consommées et les alcoolisations massives.

3. Objectifs de prise en charge

Le modèle visant une abstinence prolongée en boissons alcoolisées est la référence actuelle de la prise en charge de l'alcoolodépendance et doit être proposé à une majorité de patients. Toutefois ce schéma est partiellement remis en question, l'abstinence ne correspondant pas à tous les patients. Un nouveau mode de prise en charge, visant une diminution des consommations avec objectif de retour à une consommation contrôlée est actuellement étudié par les addictologues, pour certains profils de patients (23). 11% des alcoolodépendants pourraient parvenir à une consommation contrôlée à long terme (24).

IV. Objectifs de notre travail

L'alcoolodépendance est un problème majeur de santé publique en France. Le médecin généraliste est en première ligne pour le repérage, la prise en charge, le suivi et l'accompagnement du patient avec un trouble de l'usage d'alcool. C'est pourquoi nous avons choisi de focaliser notre travail sur ce dernier.

Alors que des réseaux de soins ambulatoires s'organisent et que de nouvelles molécules sont mises sur le marché, il apparaît que les résultats de la prise en charge du patient alcoolodépendant soient encore insuffisants.

Afin de rassembler et synthétiser les données de recherche et les recommandations de la littérature internationale sur la prise en charge du patient alcoolodépendant par le médecin généraliste, nous avons réalisé une revue systématique de la littérature.

MATERIELS ET METHODES

Etape 1 :

Nous avons effectué une revue de littérature des articles médicaux concernant la prise en charge des patients alcoolodépendants par le médecin généraliste au sein de la base de données *Pubmed*.

Les patterns de mots clés, recherchés dans l'intégralité du texte, étaient les suivants :

Pattern 1 : [« alcohol dependence »] AND [« primary care » or « general practi* »] AND [Treatment]

Pattern 2 : [alcohol* or drink*] AND [« primary care »] AND [dependence]

Pattern 3 : [alcohol*] AND [detoxification or withdrawal] AND [« primary care » or general practi*]

Etape 2 :

Après avoir lu les différents résumés des articles obtenus suite à l'étape 1, nous avons effectué une seconde sélection au cas par cas des articles les plus pertinents en utilisant les critères suivants :

Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Articles de langue anglaise • Date de publication entre janvier 2005 et janvier 2015 • Articles traitant de l'exercice ambulatoire
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Articles concernant les enfants ou adolescents • Articles concernant les femmes enceintes • Articles concernant des populations adultes non représentatives de la population générale vue en médecine ambulatoire (dont militaires, migrants) • Articles traitant en premier lieu d'autres affections sévères : troubles psychotiques, affections intercurrentes type VIH, hépatite, pancréatite. • Articles concernant d'autres addictions (opiacés, cocaïne, cannabis)

Etape 3 :

Nous avons ensuite effectué une lecture complète des articles obtenus suite aux étapes 1 et 2 et avons procédé à une évaluation systématique du niveau de preuve de chaque étude en utilisant l'outil d'analyse de la littérature proposé par la Haute Autorité de Santé (HAS).

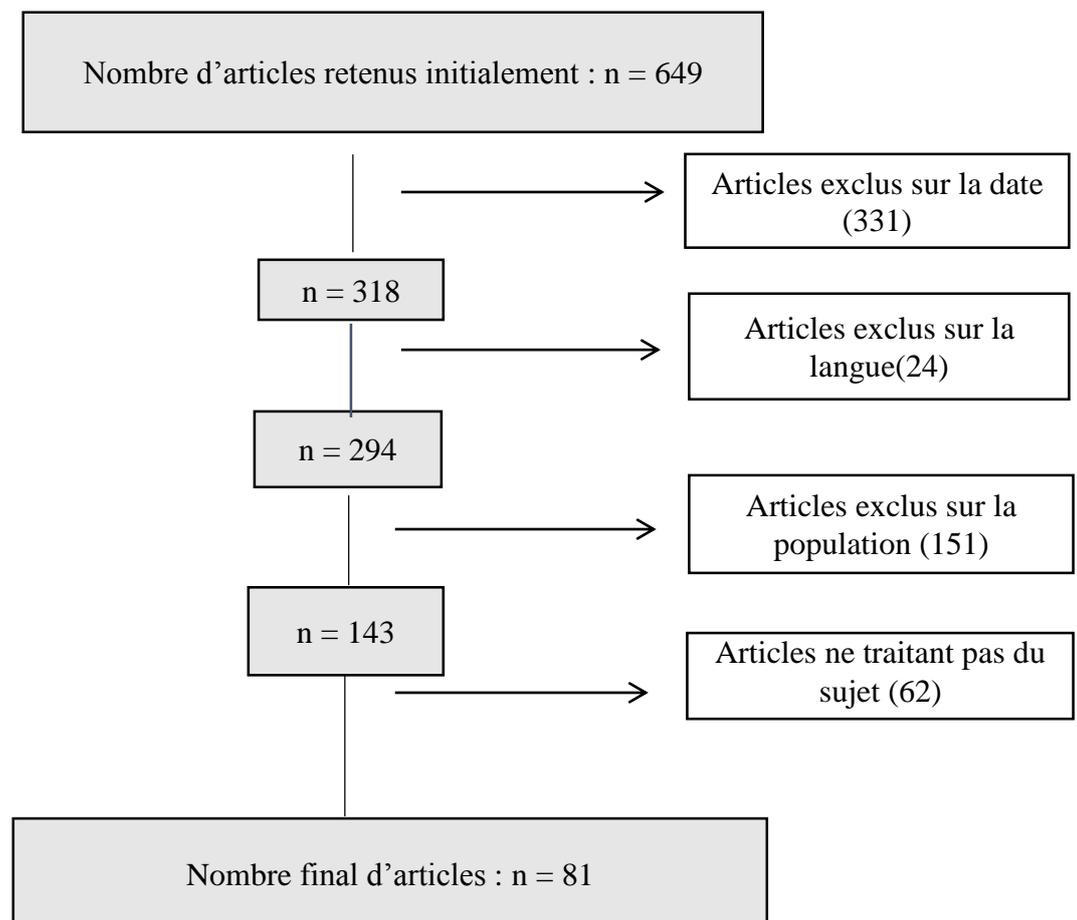
Type d'étude	Niveau	Grade	Signification
Méta-analyse Analyse de décision basée sur des études bien menées Essais comparatifs randomisés	1	A	Preuve scientifique établie
Essais comparatifs randomisés de faible puissance Etudes comparatives non randomisées bien menées Cohorte	2	B	Présomption scientifique
Etude cas-témoins	3	C	Faible niveau de preuve scientifique
Etudes comparatives avec biais Etudes rétrospectives Séries de cas Etudes épidémiologiques descriptives	4		

Tableau 6 : Niveau de preuve scientifique de la littérature et force des recommandations : outil d'évaluation de l'HAS

RESULTATS

I. Résultats de sélection des étapes 1 et 2

Le processus de sélection des articles retenus suite aux étapes 1 et 2 est résumé dans la figure suivante :



Le nombre d'articles initialement retrouvés à partir des mots-clés de l'étape 1 s'élevait à 649. 339 articles étaient exclus sur la date, 24 sur la langue et 151 sur la population. Après lecture des résumés, 62 articles étaient exclus car jugés non pertinents ou ne traitant pas du sujet.

Au final, 81 articles ont été analysés pour notre revue de littérature.

II. Types d'articles et gradation.

Parmi les 81 articles de notre analyse, 63 étaient des études statistiques dont le niveau de preuve se répartissait tel que décrit dans le tableau ci-dessous :

Type d'étude	Niveau	Grade	Signification
5 méta-analyses 1 essai comparatif randomisé	1	A	Preuve scientifique établie
11 essais comparatifs randomisés de faible puissance	2	B	Présomption scientifique
5 études comparatives avec biais 3 études rétrospectives 38 études épidémiologiques descriptives	4	C	Faible niveau de preuve scientifique

III. Résultats de l'analyse des articles sélectionnés.

A. Repérage

La U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) ainsi que le National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) recommandent de repérer les consommations à risque d'alcool chez tous les patients (25, 26).

Néanmoins, les études montrent que le repérage des problèmes liés à l'alcool n'est pas réalisé en routine en médecine générale (27).

Une étude australienne retrouvait que 62.6% des généralistes interrogeaient leurs patients sur leurs habitudes de consommation mais seulement 11% utilisaient des outils spécifiques pour établir leur profil de consommation (28).

1. Repérage clinique

Une méta-analyse publiée en 2012 a étudié le repérage par le jugement clinique. Dans un échantillon de patients en médecine générale, les médecins identifiaient à l'interrogatoire 12.1% (IC 95% : 7.2–18.0%) de mésusage alors que sa prévalence était de 16.7% (IC 95% : 10.0–24.6%). Chez les patients en usage nocif, les médecins généralistes enregistraient dans leurs dossiers médicaux des problèmes liés à l'alcool dans 27.3% (IC 95% : 16.9–39.1%) des cas. Le repérage du mésusage par le jugement médical avait une sensibilité de 41.7% (IC 95% : 23.0–61.7%) et une spécificité de 93.1% (IC 95% : 86.7–97.6%). Dans les études s'appuyant sur l'interrogatoire pour la détection, la sensibilité était de 44% (IC 95% : 21.4–68.0) (27).

2. Question simple.

Willenbring *et al.* décrivaient que le moyen le plus simple pour dépister un mésusage ou des consommations à risque était de demander combien de fois dans la dernière année le patient avait dépassé les limites de consommation (5 verres pour un homme, 4 pour une femme). Cela permettait d'estimer la quantité ainsi que la fréquence des consommations et de pouvoir alerter le patient (25).

La NIAAA recommandait d'ailleurs ce moyen de détection pour tous les patients et plusieurs études s'y sont intéressées. Pour une réponse supérieure ou égale à 8, la sensibilité était de 88% (IC 95% : 69-97%). Selon les études, la spécificité variait entre 66.8% et 84% (IC 95% : 79-89%) (29, 30).

3. Tests biologiques.

Plusieurs articles s'intéressaient aux tests biologiques dans le cadre du repérage des différents modes de consommation d'alcool. Les variables biologiques étudiées étaient le volume globulaire moyen (VGM), les enzymes hépatiques (ASAT et ALAT) ainsi que le taux de CDT. Pour le mésusage, les différentes études retrouvaient des sensibilités variant de 3.9% à 54% et des spécificités de 84 à 97% (31, 32, 33).

L'étude de Coulton *et al.* retrouvait une corrélation significative entre la consommation d'alcool et l'élévation des GGT (*Pearson's correlation coefficient* $r = 0.20$; $p = 0.04$) ainsi que le taux de CDT ($r = 0.36$; $p < 0.001$) mais pas pour l'ASAT ($r = 0.03$; $p = 0.7$) ni le VGM ($r = 0.02$; $p = 0.9$).

Les tests biologiques présentaient des sensibilités très faibles, étaient moins efficaces et plus chers que le questionnaire AUDIT (33).

En parallèle, une étude finlandaise a montré que les généralistes utilisaient plus les marqueurs biologiques (97%) que le questionnaire AUDIT (67%) pour détecter les abus d'alcool. Seuls 43% d'entre eux utilisaient le taux de CDT et ceux pratiquant l'AUDIT les prescrivaient plus souvent (53.3%) (34).

4. Questionnaires spécifiques

a) L'AUDIT et ses déclinaisons

Beaucoup d'études se sont intéressées au questionnaire AUDIT mais également à ses déclinaisons telles que l'AUDIT-C.

- AUDIT

L'étude de Coulton et al. retrouvait une corrélation significative entre la consommation d'alcool et les scores de l'AUDIT (*Pearson's correlation coefficient* $r = 0.74$; $p < 0.001$) (33).

La plupart des études présentaient de bons résultats pour le dépistage de l'usage à risque (sensibilités variant entre 77% et 92%, spécificités entre 76% et 90%) mais également pour l'alcoolodépendance (sensibilités variant entre 70.1% et 97%, spécificités entre 82.3% et 94%) (26, 29, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41).

Ces différentes études recommandaient l'AUDIT pour le dépistage des conduites d'alcoolisation. Il a de plus l'avantage d'avoir un coût moins élevé que les bilans biologiques pour la détection de tous les types de consommation (33).

Sa version française a été validée (42).

Seule l'étude de Johnson *et al.* retrouvait des chiffres discordants : pour le dépistage de l'alcoolodépendance elle retrouvait une spécificité de 100% et des sensibilités entre 6% et 18% pour des scores AUDIT entre 16 et 20 (26).

L'étude de Gache *et al.* trouvait de meilleurs résultats pour l'AUDIT pour le dépistage de l'abus ou dépendance que le CAGE (aire sous la courbe ROC à 0.932 et 0.910 respectivement) (40).

- AUDIT-c

Les études retrouvaient des sensibilités pour le repérage de l'usage à risque et de l'alcoolodépendance variant entre 79% et 92% et des spécificités entre 71% et 81% (26, 30, 33, 39).

Pour le dépistage de l'alcoolodépendance, les études mettaient en évidence une meilleure performance de l'AUDIT par rapport à l'AUDIT-C (29, 33, 39).

L'étude de Bischoff *et al.* comparait l'AUDIT classique à une seconde version où les trois premières questions étaient placées à la fin du questionnaire, ce qui modifiait légèrement les réponses (43).

So et sung, quant à eux, retrouvaient une sensibilité à 80.4% et une spécificité à 69.4% pour le dépistage des consommations à risque et une sensibilité à 87.5% et une spécificité à 90.8% pour l'alcoolodépendance, pour une version de l'AUDIT comprenant les items 3, 4, 5 et 9. Les résultats obtenus étaient meilleurs que le CAGE et l'AUDIT-C (37).

b) CAGE

Le questionnaire CAGE était étudié en soins primaires dans plusieurs articles. Il présentait une sensibilité entre 21 et 94% selon les études et une spécificité entre 77% et 97% (29, 37, 44).

Il était particulièrement indiqué pour le dépistage de l'usage nocif et de la dépendance avec une aire sous la courbe entre 0.75 et 0.94 mais semblait moins

performant pour l'usage à risque (29). Il présentait une moins bonne performance que l'AUDIT chez la femme, notamment caucasienne (44).

Saitz recommandait le CAGE pour le dépistage de la dépendance mais soulignait le fait que l'AUDIT présentait l'avantage de dépister également l'usage à risque (24).

c) Autres

D'autres études ont évalué des questionnaires spécifiques aux Etats-Unis tels que le PHQ (Patient Health Questionnaire) ou l'échelle Kreek-McHugh-Shluger-Kellog et ont montré une efficacité satisfaisante pour le dépistage de l'alcoolodépendance (45, 46).

Enfin, l'Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST), développé par l'Organisation Mondiale de la Santé pour le dépistage des mésusages des différentes substances a montré une corrélation avec l'AUDIT de 0.8 ($p < 0.0005$) (47).

5. Difficultés rencontrées dans le cadre du repérage

Deux articles s'intéressaient aux difficultés rencontrées dans le cadre du repérage en soins primaires. Les causes évoquées étaient le manque de confiance du praticien, l'insuffisance de la formation, le manque d'incitation contractuelle, le manque de temps, la stigmatisation liée au mésusage et l'absence de confiance du médecin quant à la CDA (27, 29).

B. Prise en charge

1. Prise en charge médicamenteuse

a) Généralités

La majorité des études concernant la prise en charge médicamenteuse se rapportait aux traitements spécifiques de l'alcoolodépendance.

Plusieurs études ont montré que ceux-ci étaient insuffisamment prescrits : aux Etats-Unis, on estimait que seulement 24% des patients alcoolodépendants bénéficiaient d'une prise en charge quelle qu'elle soit et 13% au final d'un traitement spécifique avec un délai moyen de 10 ans entre l'apparition du trouble et la mise en place du premier traitement (25).

L'étude de Bradley *et al.* confirmait cette tendance : 85% des alcoolodépendants n'avaient jamais cherché à avoir de traitement spécifique et parmi les 15% qui ont cherché de l'aide, moins de la moitié ont finalement bénéficié d'une prescription. Les raisons sont multiples : la plupart pensaient ne pas avoir besoin de traitement, n'avaient pas les moyens ou ne se sentaient pas prêts à arrêter de consommer (48).

Une étude espagnole montrait que 67% des patients alcoolodépendants admis dans des centres spécialisés avaient déjà cherché à avoir un traitement, soit aux urgences (34.1%), soit en psychiatrie (37.5%), soit chez un médecin généraliste (31.8). En moyenne ils avaient requis un traitement 2.27 fois auparavant (49).

Une étude menée par Park *et al.* évaluait les facteurs prédictifs de la prescription d'une pharmacothérapie chez les alcoolodépendants : seulement 17% d'entre eux (IC 95% : 12.2-22.0) recevaient une médication. L'absence de co-dépendance

médicamenteuse ou de co-addiction aux opiacés était associée à la prescription d'un traitement de l'alcoolodépendance (AOR = 3.49, IC95 1.39-8.75) (50).

Pourtant, les données de la littérature montraient qu'avec un traitement spécifique (comportemental ou médicamenteux), 2/3 des patients présentaient une diminution de leurs consommations après un an, dont 1/3 d'abstinents ou de consommateurs modérés. Un traitement spécifique devait donc être proposé à tout patient alcoolodépendant (24).

Une étude australienne de 2006 a montré que seulement 30% des médecins généralistes préconisaient une pharmacothérapie de l'alcoolodépendance et que la raison principale de la prescription était la demande expresse du patient (69.8%). Les médecins prescrivaient d'autant plus qu'ils avaient bénéficié d'une formation en psychiatrie ou en intervention brève (AOR : 0.47 ; IC 95% : 0.23-0.99, p=0.046), qu'ils étaient des hommes (AOR : 0.55 ; IC 95% : 0.39-0.77, p=0.001) et qu'ils étaient jeunes (AOR : 0.98 ; IC 95% : 0.97-0.998, p=0.026) (28).

b) Les traitements addictolytiques et aversifs usuels

Trois molécules sont utilisées depuis plusieurs années : l'acamprosate, le naltrexone (addictolytiques), et l'espéral (aversif). Les études les concernant sont nombreuses.

- Une méta-analyse de 2004 a montré les effets positifs de l'acamprosate avec une majoration de 13% des abstinents à 12 mois par rapport au placebo et mis en évidence sa très bonne tolérance (20). L'étude de Rösner *et al.* précisait que l'intérêt de l'acamprosate résidait essentiellement dans la prévention de la rechute et qu'il ne montrait plus d'efficacité au-delà du premier verre (51).

Berger *et al.* ont étudié l'efficacité de l'acamprosate versus placebo mais prescrit par le médecin généraliste cette fois. Il n'existait pas de différence significative sur le pourcentage de jours d'abstinence (52). L'étude COMBINE a confirmé cette tendance puisque l'acamprosate n'y avait pas montré d'effet significatif sur les consommations en comparaison au placebo (53). Une revue de littérature de 2011 retrouvait 11 études comparant l'acamprosate au placebo. Parmi celles-ci, six montraient un avantage clair de l'acamprosate, et cinq avaient des résultats plus mitigés (54). En 2014, une méta-analyse menée par Jonas *et al.* concluait qu'il existait une diminution de 9% des rechutes sous acamprosate versus placebo (RR : -0.09, IC 95% : -0.14 à -0.04), une diminution des jours d'alcoolisation de 8.8% (RR : -8.8 ; IC 95% : -12.8 à -4.8). Il n'y avait pas de différence significative pour le retour à des alcoolisations massives (RR -0.01, IC 95% : -0.04 à -0.03) ni de différence en terme de consommation moyenne quotidienne. Le nombre de sujets à traiter par acamprosate pour prévenir une rechute était de 12 (niveau de preuve modéré) (55).

- Plusieurs études ont montré que le naltrexone avait un effet significatif autant sur le maintien de l'abstinence que sur la prévention des ré-alcoolisations massives (51, 54, 53). La méta-analyse de Jonas *et al.* de 2014 montrait une diminution du taux de rechute sous naltrexone de 4% par rapport au placebo (RD -0.04 ; IC 95% : -0.07 à -0.01), une diminution du taux de réalcoolisations massives de 7% (RD -0.07 ; IC 95% : -0.11 à -0.03), une diminution de 4.6 jours d'alcoolisation simple (-4.6 ; IC 95% : -6.6 à -2.5), une diminution de 3.8% du nombre de jours d'alcoolisation massive (-3.8 ; IC 95% : -5.8 à -1.8) et 0.5 verres consommés en moins par jour (0.54 ; IC 95% : -1.01 à -0.07). Le nombre de personnes à traiter par naltrexone pour prévenir une rechute était de 20 (niveau de preuve modéré) et de 12 pour prévenir le retour à des ré-alcoolisations massives (niveau de preuve modéré) (55).

L'étude de Laaksonen *et al.* a par ailleurs mis en évidence que les patients présentant une appétence plus faible pour le sucré étaient exposés à un risque plus important de rechute sous naltrexone (b : -1.2 IC 95% : -2.3 à -0.04, p=0.04) (56).

Selon Lee *et al.*, le naltrexone sous forme injectable permettrait une baisse de la consommation quotidienne moyenne de 0.5 verres/jour à 3 mois (57) mais la méta-analyse de Jonas *et al.* ne trouvait pas de différence significative pour la ré-alcoolisation ou le retour à un mode d'alcoolisations massives (55).

- Le disulfirame n'a pas montré d'efficacité notable dans plusieurs essais contrôlés notamment en raison d'une faible compliance (20). La méta-analyse de Jonas *et al.* en 2014 ne montrait pas de différence significative entre disulfirame et placebo en ce qui concerne la durée d'abstinence, mais précisait une corrélation entre abstinence et parfaite observance (55).

Le disulfirame pouvait donc être utilisé chez les patients motivés et pour lesquels il existait une surveillance étroite de la prescription. Des effets indésirables potentiellement sévères voire mortels pouvaient survenir, expliquant que ce traitement ne devait pas être recommandé en première intention (36).

- Des études ont comparé l'efficacité de ces traitements. Petrakis *et al.* retrouvaient une efficacité supérieure à l'association naltrexone - disulfirame par rapport au placebo. Cependant, cette association ne montrait pas de supériorité par rapport à l'utilisation de ces deux molécules seules (58).

Sousa *et al.* montraient un avantage net au disulfirame en terme de maintien d'abstinence (88% vs 46% ; p=0.0002), ou de délai avant la première alcoolisation massive (123 jours vs 71 ; p =0.0001) par rapport à l'acamprosate (59).

Une autre étude, réalisée par Laaksonen *et al.* en 2008, comparait les trois molécules. Chaque groupe montrait individuellement de bons résultats mais en terme d'abstinence le disulfirame était le plus efficace par rapport à l'acamprosate et au naltrexone (respectivement 30.4 +/-27.8 jours, 11.5+/-17 et 16.2+/-20.2 (p=0.0002)). Le groupe disulfirame montrait également une moyenne de consommation plus basse et moins d'épisodes d'alcoolisations massives (60).

Dans l'étude COMBINE, alors que le naltrexone avait montré un impact sur l'abstinence et le nombre de jours d'alcoolisations massives, l'acamprosate n'avait montré aucun effet sur les consommations (53). La méta-analyse de Jonas *et al.* ne montrait pas de différence significative entre naltrexone et acamprosate pour le retour à des alcoolisations massives (RD, 0.01 ; IC 95% : -0.05 à 0.06), ni pour le nombre de jours de consommation (WMD, -2.98 ; IC 95% : -13.4 à 7.5) (55).

c) Molécules en cours d'évaluation

- Baclofène

Le baclofène a montré des résultats prometteurs dans le contrôle des symptômes du syndrome de sevrage et dans la diminution du craving. De plus il peut être utilisé chez le cirrhotique (21).

Une étude menée chez les alcoolodépendants comparant le baclofène et un placebo ne mettait pas en évidence de différence significative dans le pourcentage de jours d'alcoolisation massive (25.9%+/-23.2 versus 25.5%+/-23.6) ni dans le pourcentage de jours d'abstinence (61).

- Nalméfène

Une étude finlandaise, étudiant le nalméfène versus placebo, a été menée auprès de patients n'arrivant pas à contrôler leurs consommations. Les patients étaient amenés à prendre le traitement (ou le placebo) lorsqu'ils présentaient une alcoolisation imminente : la moyenne des jours d'alcoolisations massives était de 8.6 à 9.3 dans le groupe nalméfène contre 10.6 à 12.0 dans le groupe placebo ($p=0.0065$) avec une proportion moyenne de jours d'alcoolisations massives de 18.1% (DS 13.4%) dans le groupe nalméfène contre 29.7% (DS 22.7%) dans le groupe placebo ($p=0.024$) (62).

La méta-analyse de Jonas *et al.* considérait que le nalméfène permettait de diminuer de 23% le retour à des alcoolisations massives par rapport au placebo (RD - 0.23, IC 95% : -0.43 à -0.03) sans montrer de différence significative sur le nombre de jours de consommation. Par contre, le nalméfène permettait une diminution d'en moyenne un verre par jour (-1.0, IC 95% : -1.8 à -0.3) (55).

- Gabapentine

La gabapentine a été utilisée dans un essai contrôlé randomisé versus placebo montrant un effet de dose sur l'abstinence chez les alcoolodépendants ($\chi^2_{21} = 4.19$; $p = 0.04$) et sur le taux de jours sans alcoolisations massives ($\chi^2_{21} = 5.39$; $p = 0.02$) après 3 mois de traitement (63).

- Topiramate

Le topiramate a été étudié dans plusieurs études. Il peut être introduit alors que le patient n'est pas encore sevré (64).

Dans un essai contrôlé versus placebo, le topiramate a montré une efficacité supérieure pour diminuer le taux de jours d'alcoolisations massives (différence moyenne de 8.44% ; IC 95% : 3.07-13.80 ; $p=0.002$). Des effets indésirables ont été

notés comme les paresthésies (50.8%), altération du goût (23%), anorexie (19.7%) et difficultés de concentration (14.8%) (64).

Plusieurs autres études n'ont pas démontré de supériorité du topiramate par rapport au naltrexone (54).

La méta-analyse de Jonas *et al.* retrouvait quant à elle une diminution du nombre de jours d'alcoolisation massive chez les patients traités par topiramate par rapport au placebo (WMD -11.5 ; IC 95% : -18.3 à -4.8) avec en moyenne moins de verres consommés par jour (WMD -1.1 ; IC 95% : -1.7 à -0.4) (55).

- Acide valproïque

L'acide valproïque ne montrait pas de différence significative dans le maintien de l'abstinence versus placebo. Par contre, on notait une diminution de 32% des sujets qui retournaient à des alcoolisations massives (RD, -0.32; IC 95% : -0.52 à -0.11) (55).

d) Pharmacologie du sevrage

En ce qui concerne le déroulement du sevrage, les études confirmaient la nécessité de recourir aux BZD (24) et à la vitamine B1 à une posologie d'au moins 300 milligrammes par jour (21). Une étude américaine a également étudié l'association tiapride et carbamazépine lors de la réalisation du sevrage, montrant une bonne tolérance ainsi qu'une bonne efficacité (65).

e) Les antidépresseurs

i. Les antidépresseurs chez l'alcoolodépendant sans trouble dépressif

Des recherches ont montré que les alcoolodépendants présentaient des taux plus faibles de sérotonine que les non alcooliques. Pourtant, les études ne montraient pas de résultats probants à l'utilisation d'antidépresseur chez les alcoolodépendants : une étude menée en 2009 chez 113 patients alcoolodépendants comparant l'efficacité d'un traitement par naltrexone et sertraline (IRS) versus naltrexone et placebo retrouvait une période d'abstinence plus longue mais non significative dans le groupe sertraline ($p=0.1$) et aucune différence pour le délai avant la première réalcoolisation massive ($p=0.13$) ou le pourcentage de jours d'abstinence ($p=0.19$) (66). La méta-analyse de Jonas *et al.* ne retrouvait pas de différence entre la sertraline et le placebo pour le retour à des alcoolisations massives (RD -0.04 ; IC 95% : -0.31 à 0.23) ni dans le nombre de jours de consommation (WMD, 1.8 ; IC 95% : -6.3 à 9.9) (55).

Les antidépresseurs n'ont pas montré d'amélioration chez les patients alcoolodépendants non déprimés (67).

ii. Les antidépresseurs chez les patients dépressifs avec mésusage d'alcool

Plusieurs études ont montré un taux élevé de comorbidités psychiatriques de type anxiété et/ou dépression (21.6% à 84%) chez les patients consommateurs problématiques d'alcool (68, 69, 70, 71). Les patients consommateurs d'alcool ayant des comorbidités anxio-dépressives avaient significativement plus tendance à être

alcoolodépendant ($\chi^2 = 42.1$; $df = 3$; $p < 0.001$), de sexe féminin ($\chi^2 = 17.0$; $df = 1$; $p < 0.001$) et présentaient un recours aux soins plus important ($\chi^2 = 34.01$; $df = 1$; $p < 0.001$ $\chi^2 = 34.67$; $df = 1$; $p < 0.001$) (72).

Ils présentaient également une plus grande tentation à la consommation et un plus faible contrôle ($p < 0.001$ pour les 2) (73). La récurrence de l'alcoolodépendance était significativement plus élevée chez les patients ayant des comorbidités anxio-dépressives que chez ceux n'en ayant pas (*recurrence rate*: 17.4% versus 7.2%; OR = 2.69, IC 95% : 1.00-7.23) et la sévérité des troubles anxieux (OR 1.65 ; IC 95% : 1.17-2.32 ; $p=0.004$) ou dépressifs (OR 1.52 ; IC 95% : 1.08-2.14 ; $p=0.02$) constituait un facteur de rechute (74).

L'utilisation d'un antidépresseur semblait être bénéfique mais les résultats étaient contradictoires. Une étude sur la fluoxétine chez les patients avec mésusage et dépression a montré une amélioration de la dépression sur l'échelle d'Hamilton (-6 ± 9.6 vs. -2 ± 13.3 , $p=0.05$) mais il apparaît que les patients avec les plus gros niveaux de consommation (>28 verres par semaine) avaient une modification de leur score de dépression statistiquement plus faible que ceux avec des niveaux de consommation plus faible (-8.3 vs. -14.3 , $p=0.007$) (75).

Thomas *et al.* ont étudié l'effet de la paroxétine versus un placebo chez des patients en mésusage d'alcool et présentant des troubles anxieux. Ils montraient une diminution plus importante de l'anxiété dans le groupe paroxétine (53% versus 32% pour le groupe placebo, $p=0.02$) mais ne montraient de différence significative ni sur la quantité, ni sur la fréquence des consommations d'alcool (76).

2. Prise en charge non médicamenteuse

a) L'intervention brève

i. L'intervention brève chez les consommateurs à risque non alcoolodépendants

L'efficacité de l'IB a été démontrée en ambulatoire chez les usagers à risque non alcoolodépendants : après dépistage, la réalisation à plusieurs reprises d'une IB permettait une diminution du nombre de verres par semaine de 13 à 34% (17, 36, 77, 78). La proportion de buveurs modérés, correspondant aux usagers à risque ayant diminué leurs consommations sous les seuils recommandés, augmentait selon les études de 10 à 50% par rapport aux groupes contrôles (42, 24, 77, 78).

Une méta-analyse de 2012 retrouvait chez les consommateurs à risque non alcoolodépendants une diminution de 3.6 verres par semaine en moyenne (IC 95 2.4-4.8) (niveau de preuve modéré) ainsi qu'une diminution de 12% des sujets présentant des alcoolisations massives (0.12 (IC 95% : 0.07-0.16)) alors que 11% des consommateurs à risque retrouvaient une consommation modérée (0.11 (IC 95% : 0.08-0.13) (79).

La diffusion et la généralisation du dépistage et de l'IB chez les consommateurs à risque non alcoolodépendant pourraient avoir un impact important en santé publique (80).

Room *et al.* proposaient des indications à l'IB en fonction des scores de l'AUDIT : Les patients avec un score entre 8 et 15 devraient bénéficier d'une IB, ceux entre 16 et 19 nécessiteraient une IB et un suivi régulier avec une orientation plus spécialisée si le problème continuait tandis que les sujets avec un score AUDIT >20 devraient

bénéficier d'une évaluation plus précise et s'il y a lieu d'une prise en charge spécifique de l'alcoolodépendance (20).

Une étude proposait de comparer l'efficacité d'une simple intervention brève par rapport à une intervention plus soutenue dans le temps : elle ne retrouvait aucune différence significative entre ces deux méthodes (81). Des versions par mail ou par téléphone d'IB ont été étudiées avec des résultats acceptables (82). Dans un essai comparatif entre sujets bénéficiant d'une IB à 6 reprises par mail et téléphone et un groupe contrôle, il a été mis en évidence chez les hommes une diminution statistiquement significative des jours d'alcoolisation massive de 30.6% (contre 8.3% dans le groupe contrôle ($p < 0.001$)). De plus, la consommation totale diminuait de 17.3% (contre 12.9% ($p = 0.001$)). Par contre, chez les femmes, la différence n'était pas significative (83).

Par contre, l'IB présentait une efficacité moindre chez les patients avec troubles anxio-dépressifs ($\chi^2 = 0.40$; $p = 0.60$) par rapport à ceux sans comorbidité ($\chi^2 = 4.54$; $p < 0.05$). L'étude de Grothues *et al.* proposait ainsi que les individus ayant un usage problématique d'alcool associé à une anxiété ou une dépression bénéficient d'un support plus spécialisé que l'IB (72).

ii. L'intervention brève chez les patients alcoolodépendants

Une revue de littérature a étudié l'IB chez les patients alcoolodépendants : seulement 2 études avaient étudié l'efficacité de l'IB chez les consommateurs à risque sans exclure les alcoolodépendants et aucune d'entre elle n'avait mis en évidence de bénéfice significatif de l'IB chez les alcoolodépendants (84).

Chez les patients alcoolodépendants, l'IB n'était pas suffisante mais elle présentait l'intérêt d'initier la discussion autour de l'alcool (21).

La plupart (85%) des alcoolodépendants pensaient qu'ils n'avaient pas besoin de traitement. Au total, on considérait que moins de 11% bénéficiaient d'un traitement spécifique de l'alcoolodépendance. Deux études se sont intéressées à l'IB répétée chez les patients alcoolodépendants refusant une prise en charge immédiate adaptée. L'une d'entre elle retrouvait des résultats encourageant après deux ans de consultation mensuelle avec intervention brève : l'abstinence était plus fréquente (74% versus 47%, $p=0.02$). Des résultats encourageants ont également été mis en évidence chez les patients cirrhotiques bénéficiant d'IB à répétition (48).

Une étude rétrospective a comparé l'effet d'une IB chez des patients alcoolodépendants et chez des patients consommateurs à risque non dépendants : 15 jours après l'IB, les sujets dépendants et non-dépendants montraient tous deux une diminution significative des consommations totales par semaine et du nombre de jours d'alcoolisation, ne permettant pas de montrer un intérêt moindre de l'IB chez les alcoolodépendants (85).

Ces études suggéraient que des discussions répétées avec le patient à propos de ses consommations et de son état de santé étaient une méthode efficace pour prendre en charge l'alcoolodépendance quand un traitement spécialisé n'était pas réalisable (48).

b) Les psychothérapies

Notre analyse de la littérature retrouvait plusieurs types de psychothérapies efficaces dans la prise en charge de l'alcoolodépendance (20, 36, 24, 21) :

- les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) ont pour objectif de prévenir la rechute en enseignant la reconnaissance des circonstances à risques, les moyens de les contourner (36)
- les thérapies de soutien et motivationnelles dont le programme de rétablissement en 12 étapes des alcooliques anonymes souligne la conception d'alcoolodépendance comme une maladie et permet de renforcer l'engagement du patient dans sa prise en charge (24).

c) Le suivi

Deux études portant sur la prise en charge de l'alcoolodépendance retrouvaient la qualité de la relation médecin-malade comme facteur prédictif de bons résultats : la communication (-0,06 ; p=0,001), la qualité de l'examen physique (-0,05 ; p=0,005), la bonne connaissance globale du patient (-0,06 ; p=0,001), la confiance (-0,04 ; p=0,02) et la qualité de l'accès aux soins (-0,06 ; p=0,002) amélioreraient la prise en charge ; un seul critère n'était pas significatif : les conseils de prévention (86, 87).

Une autre étude portant sur le suivi des patients dans les suites d'un sevrage retrouvait comme facteurs prédictifs d'abstinence à un an : avoir pour but initial de traitement l'abstinence (OR 1.53 ; IC 95% : 1.21-1.95), la consommation d'alcool pendant le traitement (OR 0.41 ; IC 95% : 0.29-0.59), et la confiance en soi (OR 1.50 ; IC 95% : 1.10-2.03). Le sexe, le travail, l'importance de la dépendance, la motivation,

les symptômes psychiatriques n'entraînaient pas de différence significative sur l'abstinence à un an (88).

Environ 50% des patients alcoolodépendants bénéficiaient d'un suivi spécifique alcool. Le taux élevé de rechute s'expliquait par le fait que le suivi était mal encadré : en moyenne 7 consultations par patient sur 18 mois et le suivi qui n'était clairement planifié que dans 46% des cas (71).

Le suivi du patient était un facteur essentiel de résultat : Lee et al. ont montré qu'un suivi hebdomadaire permettait d'améliorer l'efficacité de la pharmacothérapie (36) et qu'il pouvait être assuré par une infirmière spécialement formée (89).

Dans l'étude de Ernst *et al.*, se basant sur l'échantillon de l'étude COMBINE concernant des patients alcoolodépendants, le nombre de médecins vus au cours du suivi était statistiquement lié à une amélioration clinique du patient ($r=0.08$, $p=0.006$). Le nombre croissant de visites était associé à un plus grand nombre de jours d'abstinence, à une diminution des épisodes d'alcoolisation massive et à une amélioration clinique globale (87).

C. Difficultés de prise en charge en médecine générale

1. Le recours aux soins

L'étude menée par Cherpitel *et al.* a montré que seuls les patients usagers à risque consultaient plus souvent aux urgences (OR=1.99 ; IC 95% : 1.26-3.17 ; $p<0,1$) et que les patients alcoolodépendants avaient plus tendance à consulter en soins primaires que les autres (OR=1.63 ; IC 95% : 1-2.63 ; $p<0,05$) (90).

L'étude de Kline-Simon *et al.* montrait, quant à elle, que les consommateurs à risque étaient plus souvent hospitalisés (coefficient : 0.140 ; $p < 0.01$) et consultaient

plus souvent aux urgences (coefficient : 0.218 ; $p < 0.05$) sur 5 ans que les abstinentes mais ne consultaient pas plus souvent leurs généralistes (91).

L'étude de Proudfoot et Teesson portant sur plus de 10000 patients australiens ne retrouvait pas d'association significative entre l'alcoolodépendance et les consultations en médecine générale. En revanche, les patients consommateurs à risque présentaient un taux élevé de consultations moins fréquent que les abstinentes (OR 0.58 ; IC 95% : 0.48–0.71) (92).

Une étude réalisée par Green *et al.*, s'intéressant aux actes de prévention primaire chez les patients consommateurs d'alcool, montrait uniquement une diminution de réalisation de la vaccination antigrippale chez les patients AUDIT positif (supérieur à 5) (0.83 ; IC 95% : 0.72–0.96 ; $p < 0,01$) ainsi qu'une diminution du dépistage de cancer colo-rectal chez les femmes ayant un AUDIT positif (0.33 ; IC 95% : 0.16–0.68 ; $p < 0,01$). Pour le reste, aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence entre les consommations d'alcool et la réalisation des actes de prévention (93).

L'étude de Malet *et al.* retrouvait une moyenne du délai entre deux consultations chez des patients alcoolodépendants de 33+/-18 jours (94).

Wells *et al.*, qui ont étudié les patients alcoolodépendants de moins de 25 ans, montraient que seuls 23.6% d'entre eux avaient contacté un médecin en vue d'une prise en charge. Parmi ceux n'ayant pas consultés, 95,9% pensaient qu'ils pouvaient se prendre en charge eux-mêmes. Paradoxalement, plus le problème était sévère et plus les patients pensaient que cela allait s'améliorer spontanément ($p < 0,009$) ; le délai moyen de consultation après apparition de l'alcoolodépendance était estimé à 7ans (95).

2. Les rechutes

L'étude de Malet *et al.* portant sur 122 patients alcoolodépendants montrait que 43% d'entre eux avait déjà réalisé un sevrage, avec un taux de rechute de 83% et que très peu avaient retenté un sevrage (14%) (71).

Boschloo *et al.* ont étudié des patients alcoolodépendants pendant 2 ans et ont retrouvé une persistance de l'alcoolodépendance dans 40.7% des cas et une rechute dans 14.6% des cas. Ils retrouvaient comme facteurs de rechute la sévérité des troubles anxieux (OR 1.65 ; IC 95% : 1.17-2.32 ; $p=0.004$) ou dépressifs (OR 1.52 ; IC 95% : 1.08-2.14 ; $p=0.02$), le tabagisme (OR 2.4 ; IC 95% : 1.03-4.86 ; $p=0.04$) et le sexe masculin (OR 2.42 ; IC 95% : 1.15-5.06 ; $p=0.02$). La sévérité du mésusage était un facteur prédictif de rechute (OR 3,95 ; IC 95% : 2,21-6,01) mais aussi de persistance de l'alcoolodépendance (OR 2,12 ; IC 95% : 1,32-3,40). Les facteurs de risque indépendants de persistance étaient la sévérité des troubles d'alcool (OR = 2.26 ; IC 95% : 1.45–3.51), le sexe masculin (OR = 2.70 ; IC 95% : 1.14–6.39) ainsi qu'un haut niveau d'étude (OR = 1.72 ; IC 95% : 1.13–2.59) (74).

3. La formation des médecins

Une étude australienne auprès de 925 médecins généralistes montrait que seuls 22.3% d'entre eux avaient entrepris une formation sur les conseils aux patients alcoolodépendants, alors que 97.8% prodiguaient des conseils et informaient sur les risques de l'alcoolodépendance (28).

Les médecins généralistes n'avaient en moyenne bénéficié d'une formation sur l'alcoolodépendance que d'une dizaine d'heures correspondant en général à

l'enseignement lors des études médicales, ils n'étaient pas formés à l'intervention brève, la TCC ou la thérapie de soutien. La plupart des consultations n'aboutissaient pas vers l'orientation du patient vers des structures spécialisées mais plutôt à la prise en charge des troubles somatiques (71).

Par ailleurs l'étude de Doran *et al.* a montré que les médecins prescrivaient d'autant plus de traitements addictolytiques qu'ils avaient bénéficié d'une formation en psychiatrie ou en intervention brève (AOR : 0.47; IC 95% : 0.23-0.99; p = 0.046) (28).

DISCUSSION

L'alcoolodépendance constitue un problème de santé publique majeur, et le médecin généraliste joue un rôle essentiel dans toutes les étapes de la prise en charge. Ce travail constitue, à notre connaissance, la première revue systématique de la littérature s'intéressant à toutes les étapes de la prise en charge du patient alcoolodépendant par le médecin généraliste ainsi qu'aux difficultés rencontrées par ce dernier. Il permet de réunir les publications des dix dernières années portant sur ce sujet.

I. Limites méthodologiques

Concernant notre travail, nous nous sommes limités au moteur de recherche Pubmed®. Des recherches sur d'autres bases de données auraient probablement permis de trouver une quantité plus importante d'articles.

Comme il est souvent d'usage dans les revues de littérature nous avons choisi de limiter notre recherche aux articles de langue anglaise.

Pour le choix des mots-clés : *alcohol, dependence, primary care, general practice, treatment, drink, detoxification, withdrawal*. Cette liste est pertinente pour nos recherches mais elle n'est pas exhaustive et l'ajout d'autres mots-clés auraient sans doute permis d'inclure davantage d'articles.

Nous avons choisi de ne pas exclure de notre revue de littérature les articles portant sur le mésusage. En effet, beaucoup d'articles concernaient le mésusage sans distinguer les usagers à risque des alcoolodépendants.

De plus, le vocabulaire addictologique en rapport avec l'alcool est très varié et certains termes se rapportent à la nosologie (usage, mésusage, usage à risque, usage nocif, usage excessif, usage avec dépendance) alors que d'autres ont une signification clinique (consommateurs à risque, à usage nocif, excessif, alcoolodépendant) (8). On observe le même phénomène dans la langue anglaise et il nous était donc impossible d'inclure tous ces termes dans nos mots clés (*misuse, alcohol abuse, harmful drinkers, heavy drinkers* entre autres).

Ces différents points constituent des biais de sélection des articles.

Le choix de la date des articles (inférieure à 10 ans) entraîne certes une perte d'informations, mais négligeable dans la mesure où les recommandations actuelles se basent en général sur des études récentes et que les recommandations plus anciennes mais toujours d'actualité sont reprises dans les articles contemporains.

Nous avons choisi d'exclure de notre recherche les articles portant sur des populations spécifiques non représentatives de la population générale rencontrée en médecine de ville et de ne pas traiter les coaddictions, souhaitant uniquement étudier la prise en charge globale des patients alcoolodépendants par les médecins généralistes. Un biais d'interprétation peut être entraîné par cette sélection.

On peut noter un biais de confirmation au moment de l'interprétation des articles.

De plus, il existe un biais de publication.

II. Analyse détaillée

A. Repérage

Dans le cadre du dépistage, les instances américaines (NIAAA et USPSTF) recommandent de poser une question simple sur les habitudes de consommations chez tous les patients. Si celle-ci évoque un trouble de consommation, il convient d'approfondir par un questionnaire spécifique.

Les tests biologiques à visée de dépistage sont à proscrire, en effet ils sont coûteux et présentent des sensibilités plus faibles que les questionnaires.

Le jugement médical ne présente pas non plus de bons résultats.

Plusieurs études réalisées en Australie, Royaume-Uni et Etats-Unis montraient une faible utilisation des questionnaires spécifiques. Elles sont peu transposables au système français puisque l'organisation des soins y est différente mais l'on retrouve également des chiffres d'utilisation très faibles dans l'hexagone. Une étude de L'INPES de 2003 (16) ainsi qu'une enquête menée auprès des médecins généralistes lillois (96) retrouvaient un recours à ces questionnaires chez seulement 13% des médecins généralistes.

L'étude de Aalto *et al.* faisait exception puisqu'elle retrouvait un taux d'utilisation de l'AUDIT de 67% (34). Ce résultat peut s'expliquer par le fait que l'AUDIT est intégré dans l'évaluation des pratiques professionnelles, nécessaire au renouvellement de licence en Finlande.

Les études préconisent l'utilisation du questionnaire AUDIT pour établir le profil de consommation d'alcool. Il constitue la référence à l'heure actuelle et permet de dépister tous les modes de consommation.

La plupart des études retrouvaient des sensibilités et spécificités élevées pour le dépistage de l'alcoolodépendance, en dehors de l'étude de Johnson *et al.* (26). Cette différence peut être expliquée par le choix de valeurs seuils élevées (16 à 20) chez Johnson *et al.* alors que les autres études évaluaient l'AUDIT pour des valeurs comprises entre 6 et 13.

Le principal point négatif de ce questionnaire est sa longueur, dix questions, et ne peut être utilisé comme un outil de repérage rapide (4).

Les questionnaires CAGE et AUDIT-C, qui présentent également de bons résultats, semblent être de bonnes alternatives, offrant une plus grande rapidité de réalisation.

Les principales institutions françaises recommandent le questionnaire FACE pour le repérage mais à l'étranger ce sont bien les questionnaires CAGE et AUDIT-C qui sont étudiés (97).

B. Prise en charge

1. Prise en charge médicamenteuse

Les indications et les modalités thérapeutiques du sevrage ambulatoire sont bien codifiées et l'utilisation des benzodiazépines et de la vitamine B1 est clairement recommandée (19). D'autres molécules ont été étudiées mais il apparaît que la tolérance ou l'efficacité reste toujours en faveur des BZD (65).

L'encadrement et la surveillance par les proches du patient et par les professionnels de santé (infirmière, médecin) sont essentiels.

Une fois le patient sevré, il est recommandé d'utiliser des traitements spécifiques de l'alcoolodépendance. Il en existe trois qui sont utilisés avec un certain recul : acamprosate, naltrexone et disulfirame.

De nombreuses études ont été faites sur ces molécules avec des résultats parfois contradictoires. Il apparaît préférable d'utiliser en première intention chez l'alcoolodépendant l'acamprosate ou le naltrexone qui ont un profil de tolérance très supérieur au disulfirame (pour lequel des effets secondaires cardiaques graves ont été décrits) (55). Ces molécules ont une efficacité relativement modérée mais bien réelle (98). L'acamprosate pourrait avoir un plus grand intérêt pour prévenir la première rechute tandis que le naltrexone conserverait un intérêt après le premier verre dans la prévention des ré-alcoolisations massives (51).

Le baclofène a été très médiatisé en France. Depuis 2007, la prescription de cette molécule est en constante augmentation pour prendre en charge l'alcoolodépendance (22) et il bénéficie d'une RTU depuis 2014.

Garbutt *et al.* avaient mené une étude comparant baclofène et placebo (61), sans mettre en évidence de différence significative concernant l'efficacité, mais ils utilisaient le baclofène à la posologie de 30 mg/j ce qui correspond au final au 1/10ème de la dose prescriptible à l'heure actuelle en structure hospitalière (99). Cette absence de résultat n'est donc pas surprenante. Toutefois, il faut encore attendre la publication de plusieurs études en cours avant de déterminer notamment la tolérance de la molécule et d'établir le cas échéant un protocole thérapeutique clair, applicable à la médecine générale.

Le topiramate a montré de bons résultats mais ses effets indésirables sont trop nombreux (64).

Jusqu'à il y a peu, la conception monolithique de l'alcoolodépendance sous tendue par la classification catégorielle du DSM IV ne laissait entrevoir qu'une approche thérapeutique valable : le sevrage thérapeutique et le maintien de l'abstinence associé à la lutte contre la rechute.

Le DSM V apporte une conception plus dimensionnelle des troubles liés à l'alcool et propose maintenant un continuum entre les différents types d'usage. On parle de Trouble d'Usage d'Alcool (TUA) plus ou moins sévère sans y distinguer spécifiquement la population des alcoolodépendants. En découle une approche moins prohibitive de l'alcoolodépendance permettant de viser dans certains cas une consommation contrôlée. En ce sens une nouvelle molécule, le nalméfène, a été mise sur le marché avec des résultats encourageants et d'autres molécules, comme le baclofène, sont toujours à l'étude (100).

Saitz *et al.* précisaient que des études comparant les résultats des patients dont l'objectif était l'abstinence et ceux souhaitant retrouver une consommation contrôlée, ne montraient pas de différence dans le résultat final. En revanche, seuls 11% des alcoolodépendants parvenaient à une consommation contrôlée à long terme (24).

Les études ont montré que l'alcoolodépendance était associée à l'anxiété et la dépression, et inversement. Ces comorbidités psychiatriques constituaient des facteurs de rechute de l'alcoolodépendance. Il apparaît tentant d'introduire un antidépresseur chez tous les patients alcoolodépendants présentant un syndrome dépressif. Dans une étude française réalisée auprès des médecins généralistes du Languedoc, 60% des soignants déclaraient prescrire systématiquement un antidépresseur chez un patient alcoolodépendant présentant un syndrome dépressif (101). Pourtant, les études ne montraient pas d'avantage à la prescription d'un antidépresseur en dehors des syndromes dépressifs majeurs caractérisés. Dans ce

cas, l'amélioration ne s'exprimait que sur l'humeur du patient et non sur les consommations d'alcool. Par ailleurs, des symptômes dépressifs, contemporains au syndrome de sevrage, existent chez plus de 80 % des patients. La plupart régressent en deux à quatre semaines. Dans 10 à 15 % seulement des cas, la dépression persistera. Paille *et al.* recommandaient donc d'attendre un délai de 2 à 4 semaines de sevrage avant d'introduire un traitement antidépresseur, sauf en cas d'intensité particulière du syndrome dépressif pour lequel une prise en charge plus rapprochée est alors justifiée (19).

Par ailleurs les différentes études montraient une diminution des troubles anxieux ou dépressifs après l'instauration d'un antidépresseur mais une absence de diminution des consommations.

Il apparaît primordial de sensibiliser les médecins à l'addictologie et à l'intérêt de la prescription médicamenteuse. Park *et al.* précisait que lorsque les médecins identifiaient un problème d'alcoolodépendance, la prise en charge aboutissait trop rarement à la prescription d'une molécule spécifique de l'alcoolodépendance (17%) (50). Ceux qui y aboutissaient ne présentaient en général aucune autre addiction. Une formation en addictologie permettrait d'optimiser ces résultats (28).

2. Prise en charge non médicamenteuse

L'intervention brève est un élément essentiel de la prise en charge des patients en usage à risque d'alcool. Ses résultats sont indiscutables dans cette population puisqu'elle permet de diminuer leur consommation moyenne jusqu'à parfois retrouver un usage simple. Cette pratique est simple, rapide, économique et peut s'acquérir rapidement par le praticien (17,18)

Par contre, il apparaît important d'envisager l'intervention brève comme un support insuffisant voire inefficace chez les patients alcoolodépendants.

La réalisation de l'intervention brève chez tous les consommateurs à risque semble en pratique très difficile puisque dans la grande majorité des cas le motif principal de consultation n'est pas en lien avec l'alcool. Comme le précisent Huas et Rueff, la plupart des études sur l'efficacité de l'intervention brève sont anglo-saxonnes et l'exercice de la médecine générale y est très différent : alors que dans les centres de soins de médecine générale anglo-saxons, il existe fréquemment une *practice nurse* à même d'effectuer le questionnaire de repérage, le médecin généraliste français est seul et l'intervention brève de 10 à 40 minutes s'avère finalement chronophage quand il faut par ailleurs répondre à la demande initiale du patient. De plus, le système français de rémunération à l'acte encourage peu la réalisation d'actes de prévention. Huas et Rueff proposent de cibler l'intervention brève uniquement aux usagers nocifs chez qui l'effet de celle-ci est indéniable (102).

D'autres aspects non pharmacologiques de la prise en charge sont essentiels, comprenant psychothérapies, prise en charge sociale et associations néphalistes.

Quant au suivi des patients alcoolodépendants, les études révèlent qu'un grand nombre de patients alcoolodépendants ne se fait pas suivre, voire n'est pas diagnostiqué. Parmi ceux qui ont été diagnostiqués, la moitié réalise un sevrage et les chiffres de rechutes sont assez élevés.

Pourtant, les études démontrent que le suivi a une place prépondérante dans la prise en charge, il permet d'augmenter l'efficacité des traitements et de diminuer le risque de rechute.

Plusieurs études soulignent également l'importance de la relation médecin-malade dans la prise en charge et le maintien de l'abstinence.

C. Difficultés rencontrées en médecine générale

Concernant le recours aux soins, aussi bien aux urgences qu'en médecine générale, les résultats des études sont partagés mais il ne semble pas qu'ils soient plus importants chez les alcoolodépendants. L'étude de Huas *et al.* retrouvait, quant à elle, une plus grande fréquence de consultations en médecine générale chez ces patients (9 par an contre 5.8 dans la population générale) (8). Cela peut être expliqué par les différences d'accès aux soins entre le système de santé français et celui des pays anglo-saxons.

Les rechutes sont fréquentes et les facteurs les favorisant sont nombreux. Nalpas *et al.* retrouvaient un taux de rechute de 71.5% à un an après sevrage hospitalier (103).

Par ailleurs, il semblerait par ailleurs que la formation des médecins généralistes soit insuffisante en France (71). L'étude australienne de Doran *et al.* corroborait ces conclusions (28).

Un questionnaire réalisé en 2006 auprès des médecins généralistes montrait que 93% de ces derniers souhaitaient améliorer leur formation en alcoologie et approfondir principalement les modalités du suivi et de l'accompagnement (14).

De plus, d'après l'étude de Nalpas *et al.*, les médecins ayant suivi une formation en alcoologie estimaient mieux la proportion des problèmes d'alcool, étaient plus impliqués dans la prise en charge et présentaient une plus grande satisfaction vis-à-vis des structures spécialisées (101).

CONCLUSION

L'objectif initial de notre travail était de rassembler, par la réalisation d'une revue systématique de la littérature, les principaux résultats de recherche concernant la prise en charge du patient alcoolodépendant en médecine générale.

Les études s'accordent sur plusieurs points. Tout d'abord l'importance du repérage, point essentiel de la prise en charge. Il doit être réalisé chez tous les patients via une évaluation des consommations. Si un mésusage est constaté, il convient d'approfondir par un questionnaire spécifique. L'AUDIT constitue la référence mais paraît trop long pour un repérage rapide. L'AUDIT-C et le CAGE semblent de bonnes alternatives.

Les traitements spécifiques de l'alcoolodépendance apparaissent trop peu prescrits. L'aotal et le naltrexone sont des molécules bien connues, qui ont montré une efficacité faible mais réelle, et sont à prescrire en première intention. Les effets indésirables potentiellement dangereux du disulfirame n'en font pas un traitement de première intention. Le topiramate a montré des résultats prometteurs avec cependant des effets secondaires nombreux. Le baclofène, très médiatisé, est toujours en cours d'étude pour évaluer sa tolérance notamment à posologie élevée, les résultats semblant encourageants.

Pour certains patients, il apparaît possible de proposer un objectif de consommation contrôlée en adéquation avec la nosographie du DSM V concernant les Troubles d'Usage de l'Alcool. De nouvelles molécules, comme le nalméfène, semblent présenter des résultats intéressants dans cette indication.

L'intervention brève ne présente pas d'intérêt majeur chez l'alcoolodépendant ; par contre son utilité est indéniable chez les patients en mésusage sans alcoolodépendance.

Le suivi par le médecin généraliste ainsi que la qualité de la relation entre le patient et son thérapeute permettent d'améliorer la compliance du patient et participent à la prévention de la rechute.

Les difficultés rencontrées sont nombreuses et concernent tout le processus de prise en charge du patient alcoolodépendant, du repérage à la gestion de la rechute. L'HAS propose en ce sens, depuis janvier 2015, un outil simple d'aide à la prise en charge (97).

Des formations complémentaires portant sur les différentes étapes de la prise en charge existent déjà en France. Afin d'améliorer le processus de repérage mais aussi la prise en charge thérapeutique, la sensibilisation des médecins à ces formations devrait être renforcée.

D'autre part, Il semble également que la politique de santé publique devrait être en partie repensée afin de favoriser les actes de prévention et de dépistage en médecine générale.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Palle C. « Alcool » dans OFDT, Drogues et addictions, données essentielles. OFDT. Saint-Denis; 2013;204–13.
2. OMS | France [Internet]. WHO. 2014 [cited 2015 Mar 11]. Available from: <http://www.who.int/countries/fra/fr/>
3. la santé en France et en Europe: convergences et contrastes. Haut Conseil de la Santé Publique; 2012 Mar.
4. Anderson P, Gual A, Colom J, INCa(trad.). Alcool et médecine générale Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves [Internet]. 2008. Available from: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1146.pdf>
5. CANARELLI T, CADET-TAIROU A, PALLE C. Alcool et santé en France, état des lieux. Inst Veille Sanit - BEH [Internet]. 2006 Sep 12;(34-35). Available from: http://www.invs.sante.fr/beh/2006/34_35/beh_34_35_2006.pdf
6. Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Alcohol-attributable mortality in France. Eur J Public Health. 2013 Aug;23(4):588–93.
7. Wohl M, Adès J. Conduites alcooliques : épidémiologie et aspects cliniques. EMC - Psychiatr. 2009 Jan;6(2):1–12.
8. Huas D, Rueff B. alcool et médecine générale. Global Média Santé- CNGE. Neuilly-sur-Seine; 2010. 196 p.
9. Cottencin O, Guardia D, Karila L, Rolland B. Alcoologie clinique. Presse Médicale. 2012 Dec;41(12):1248–58.
10. Allen justin, Heyrman J, Gay B, Ram P. LA DEFINITION EUROPEENNE DE LA MEDECINE GENERALE - MEDECINE DE FAMILLE [Internet]. WONCA; Available from: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
11. Skinner HA. Spectrum of drinkers and intervention opportunities. CMAJ Can Med Assoc J. 1990 Nov 15;143(10):1054.
12. Observatoire de Médecine Générale Données en consultation pour problème avec l'alcool [Internet]. www.sfm.org. 2009 [cited 2013 Oct 27]. Available from: <http://omg.sfm.org/content/donnees/donnees.php>
13. Naudet M, Miche J-N. Prise en charge du problème alcool par le médecin généraliste : Impact de sa formation et de ses représentations = General practice management of alcohol-related problems. Impact of the general practitioner's training and

- representations. *Alcoologie Addictologie*. 2006;28(1):41–50.
14. Gallois P, Vallée J-P, Le Noc Y. Les mésusages de l'alcool : repérage et intervention brève en médecine générale. 2006 Sep;2(7):302–6.
 15. Moirand R, Le Gruyer A, Le Lan C, Brissot P, Loréal O. Marqueurs biologiques de l'alcoolisme. *EMC - Hépatologie*. 2010 Jan;5(1):1–9.
 16. Beck F, Guignard R, Obradovic I, Gautier A, Karila L. Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. 2011 Oct;59(5):285–94.
 17. Zoorob R, Snell H, Kihlberg C, Senturias Y. Screening and brief intervention for risky alcohol use. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2014 Apr;44(4):82–7.
 18. michaud philippe, gache pascal, Batel P, arwidson pierre. Intervention brève auprès des buveurs excessifs. 2003 Mar 3;17(604).
 19. PAILLE F, SICARD D. Conférence de consensus : Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage. Paris: ANAES; 2001 Jul.
 20. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. *Lancet*. 2005 Feb 5;365(9458):519–30.
 21. Demirkol A, Conigrave K, Haber P. Problem drinking--management in general practice. *Aust Fam Physician*. 2011 Aug;40(8):576–82.
 22. Dupouy J, Fournier J-P, Jouanjus É, Palmaro A, Poutrain J-C, Oustric S, et al. Baclofen for alcohol dependence in France: Incidence of treated patients and prescription patterns—A cohort study. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2014 Feb;24(2):192–9.
 23. Rolland B, Bence C, Cottencin O. L'abstinence? 2013;(3):8–10.
 24. Saitz R. Unhealthy Alcohol Use. *N Engl J Med*. 2005 février;352(6):596–607.
 25. Willenbring ML, Massey SH, Gardner MB. Helping patients who drink too much: an evidence-based guide for primary care clinicians. *Am Fam Physician*. 2009 Jul 1;80(1):44–50.
 26. Johnson JA, Lee A, Vinson D, Seale JP. Use of AUDIT-based measures to identify unhealthy alcohol use and alcohol dependence in primary care: a validation study. *Alcohol Clin Exp Res*. 2013 Jan;37 Suppl 1:E253–9.
 27. Mitchell AJ, Meader N, Bird V, Rizzo M. Clinical recognition and recording of alcohol disorders by clinicians in primary and secondary care: meta-analysis. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2012 Aug;201:93–100.
 28. Doran CM, Duszynski KM, Beilby JJ, Mattick RP. Use of pharmacotherapies for the management of addictive behaviours in Australian clinical practice. *Addict Behav*. 2006 Nov;31(11):1947–58.
 29. Pilowsky DJ, Wu L-T. Screening for alcohol and drug use disorders among adults in primary care: a review. *Subst Abuse Rehabil*. 2012 Apr;3(1):25–34.

30. Saitz R, Cheng DM, Allensworth-Davies D, Winter MR, Smith PC. The ability of single screening questions for unhealthy alcohol and other drug use to identify substance dependence in primary care. *J Stud Alcohol Drugs*. 2014 Jan;75(1):153–7.
31. Reid MC, Guo Z, Van Ness PH, O'Connor PG, Concato J. Are commonly ordered lab tests useful screens for alcohol disorders in older male veterans receiving primary care? *Subst Abuse Off Publ Assoc Med Educ Res Subst Abuse*. 2005 Jun;26(2):25–32.
32. Bertholet N, Winter MR, Cheng DM, Samet JH, Saitz R. How accurate are blood (or breath) tests for identifying self-reported heavy drinking among people with alcohol dependence? *Alcohol Alcohol Oxf Oxfs*. 2014 Aug;49(4):423–9.
33. Coulton S, Drummond C, James D, Godfrey C, Bland JM, Parrott S, et al. Opportunistic screening for alcohol use disorders in primary care: comparative study. *BMJ*. 2006 Mar 4;332(7540):511–7.
34. Aalto M, Seppä K. Use of laboratory markers and the audit questionnaire by primary care physicians to detect alcohol abuse by patients. *Alcohol Alcohol Oxf Oxfs*. 2005 Dec;40(6):520–3.
35. Foxcroft DR, Smith LA, Thomas H, Howcutt S. Accuracy of Alcohol Use Disorders Identification Test for Detecting Problem Drinking in 18-35 Year-Olds in England: Method Comparison Study. *Alcohol Alcohol Oxf Oxfs*. 2014 Dec 22;
36. Lee NK, Moore E. Alcohol intervention--what works? *Aust Fam Physician*. 2008 Feb;37(1-2):16–9.
37. So K, Sung E. A Validation Study of the Brief Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT): A Brief Screening Tool Derived from the AUDIT. *Korean J Fam Med*. 2013 Jan;34(1):11–8.
38. De Torres LAP, Rebollo EM, Ruiz-Moral R, Fernández-García JA, Vega RA, Palomino MM. Diagnostic usefulness of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) questionnaire for the detection of hazardous drinking and dependence on alcohol among Spanish patients. *Eur J Gen Pract*. 2009;15(1):15–21.
39. Kriston L, Hölzel L, Weiser A-K, Berner MM, Härter M. Meta-analysis: are 3 questions enough to detect unhealthy alcohol use? *Ann Intern Med*. 2008 Dec 16;149(12):879–88.
40. Gache P, Michaud P, Landry U, Accietto C, Arfaoui S, Wenger O, et al. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005 Nov;29(11):2001–7.
41. Dybek I, Bischof G, Grothues J, Reinhardt S, Meyer C, Hapke U, et al. The reliability and validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a German general practice population sample. *J Stud Alcohol*. 2006 May;67(3):473–81.
42. Michaud P, Dewost A-V, Fouilland P. ["Drinking less is better". Combining early identification and brief intervention for patients at risk]. *Presse Médicale Paris Fr* 1983. 2006 May;35(5 Pt 2):831–9.

43. Bischof G, Reinhardt S, Grothues J, Dybek I, Meyer C, Hapke U, et al. Effects of item sequence on the performance of the AUDIT in general practices. *Drug Alcohol Depend.* 2005 Sep 1;79(3):373–7.
44. Dhalla S, Kopec JA. The CAGE questionnaire for alcohol misuse: a review of reliability and validity studies. *Clin Investig Med Médecine Clin Exp.* 2007;30(1):33–41.
45. Grucza RA, Przybeck TR, Cloninger CR. Screening for alcohol problems: an epidemiological perspective and implications for primary care. *Mo Med.* 2008 Feb;105(1):67–71.
46. Tang Y, Khoury L, Bradley B, Gillespie CF, Ressler KJ, Cubells JF. Substance use disorders assessed using the Kreek-McHugh-Schluger-Kellogg (KMSK) scale in an urban low-income and predominantly African American sample of primary care patients. *Am J Addict Am Acad Psychiatr Alcohol Addict.* 2011 Jun;20(3):292–9.
47. Khan R, Chatton A, Thorens G, Achab S, Nallet A, Broers B, et al. Validation of the French version of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST) in the elderly. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2012;7:14.
48. Bradley KA, Williams EC. What Can General Medical Providers Do for Hospitalized Patients with Alcohol Dependence After Discharge? *J Gen Intern Med.* 2010 Oct;25(10):1000–2.
49. Gómez-Talegón MT, Alvarez FJ. Demand for prior treatment in alcoholic patients. *Subst Use Misuse.* 2006;41(1):61–9.
50. Park TW, Samet JH, Cheng DM, Winter MR, Kim TW, Fitzgerald A, et al. The Prescription of Addiction Medications After Implementation of Chronic Care Management for Substance Dependence in Primary Care. *J Subst Abuse Treat.* 2014 Dec 2;
51. Rösner S, Leucht S, Lehert P, Soyka M. Acamprosate supports abstinence, naltrexone prevents excessive drinking: evidence from a meta-analysis with unreported outcomes. *J Psychopharmacol Oxf Engl.* 2008 Jan;22(1):11–23.
52. Berger L, Fisher M, Brondino M, Bohn M, Gwyther R, Longo L, et al. Efficacy of acamprosate for alcohol dependence in a family medicine setting in the United States: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Alcohol Clin Exp Res.* 2013 Apr;37(4):668–74.
53. Anton RF, O'Malley SS, Ciraulo DA, Cisler RA, Couper D, Donovan DM, et al. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2006 May 3;295(17):2003–17.
54. Miller PM, Book SW, Stewart SH. Medical treatment of alcohol dependence: a systematic review. *Int J Psychiatry Med.* 2011;42(3):227–66.
55. Jonas DE, Amick HR, Feltner C, Bobashev G, Thomas K, Wines R, et al. Pharmacotherapy for Adults With Alcohol-Use Disorders in Outpatient Settings [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2014 [cited 2014 Nov 18]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK208590/>

56. Laaksonen E, Lahti J, Sinclair JD, Heinälä P, Alho H. Predictors for the efficacy of naltrexone treatment in alcohol dependence: sweet preference. *Alcohol Alcohol Oxf Oxf.* 2011 Jun;46(3):308–11.
57. Lee JD, Grossman E, DiRocco D, Truncali A, Hanley K, Stevens D, et al. Extended-release naltrexone for treatment of alcohol dependence in primary care. *J Subst Abuse Treat.* 2010 Jul;39(1):14–21.
58. Petrakis IL, Poling J, Levinson C, Nich C, Carroll K, Rounsaville B. Naltrexone and Disulfiram in Patients with Alcohol Dependence and Comorbid Psychiatric Disorders. *Biol Psychiatry.* 2005 mai;57(10):1128–37.
59. Sousa AD, Sousa AD. An Open Randomized Study Comparing Disulfiram and Acamprosate in the Treatment of Alcohol Dependence. *Alcohol Alcohol.* 2005 Nov 1;40(6):545–8.
60. Laaksonen E, Koski-Jännes A, Salaspuro M, Ahtinen H, Alho H. A randomized, multicentre, open-label, comparative trial of disulfiram, naltrexone and acamprosate in the treatment of alcohol dependence. *Alcohol Alcohol.* 2008 Jan 1;43(1):53–61.
61. Garbutt JC, Kampov-Polevoy AB, Gallop R, Kalka-Juhl L, Flannery BA. Efficacy and Safety of Baclofen for Alcohol Dependence: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Alcohol Clin Exp Res.* 2010 Nov;34(11):1849–57.
62. Karhuvaara S, Simojoki K, Virta A, Rosberg M, Löyttyniemi E, Nurminen T, et al. Targeted nalmefene with simple medical management in the treatment of heavy drinkers: a randomized double-blind placebo-controlled multicenter study. *Alcohol Clin Exp Res.* 2007 Jul;31(7):1179–87.
63. Mason BJ, Quello S, Goodell V, Shadan F, Kyle M, Begovic A. Gabapentin treatment for alcohol dependence: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med.* 2014 Jan;174(1):70–7.
64. Johnson BA, Ait-Daoud N. Topiramate in the new generation of drugs: efficacy in the treatment of alcoholic patients. *Curr Pharm Des.* 2010;16(19):2103–12.
65. Soyka M, Schmidt F, Schmidt P. Efficacy and safety of outpatient alcohol detoxification with a combination of tiapride/carbamazepine: additional evidence. *Pharmacopsychiatry.* 2006 Jan;39(1):30–4.
66. Farren CK, Scimeca M, Wu R, Malley SO. A Double-Blind, Placebo-Controlled Study of Sertraline with Naltrexone for Alcohol Dependence. *Drug Alcohol Depend.* 2009 Jan 1;99(0):317–21.
67. Kenna GA. Medications acting on the serotonergic system for the treatment of alcohol dependent patients. *Curr Pharm Des.* 2010;16(19):2126–35.
68. Malet L, Llorca P-M, Beringuier B, Lehert P, Falissard B. AIQoL 9 for measuring quality of life in alcohol dependence. *Alcohol Alcohol Oxf Oxf.* 2006 Apr;41(2):181–7.
69. Hoertel N, Falissard B, Humphreys K, Gorwood P, Seigneurie A-S, Limosin F. Do clinical trials of treatment of alcohol dependence adequately enroll participants with co-occurring independent mood and anxiety disorders? An analysis of data from the

- National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry*. 2014 Mar;75(3):231–7.
70. Zanjani F, Mavandadi S, TenHave T, Katz I, Durai NB, Krahn D, et al. Longitudinal course of substance treatment benefits in older male veteran at-risk drinkers. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2008 Jan;63(1):98–106.
 71. Malet L, Reynaud M, Llorca P-M, Chakroun N, Blanc O, Falissard B. Outcomes from primary care management of alcohol dependence in France. *J Subst Abuse Treat*. 2009 Jun;36(4):457–62.
 72. Grothues JM, Bischof G, Reinhardt S, Meyer C, John U, Rumpf H-J. Differences in help seeking rates after brief intervention for alcohol use disorders in general practice patients with and without comorbid anxiety or depressive disorders. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2008 Jun;17 Suppl 1:S74–7.
 73. Grothues J, Bischof G, Reinhardt S, Hapke U, Meyer C, John U, et al. Intention to change drinking behaviour in general practice patients with problematic drinking and comorbid depression or anxiety. *Alcohol Alcohol Oxf Oxf*. 2005 Oct;40(5):394–400.
 74. Boschloo L, Vogelzangs N, van den Brink W, Smit JH, Beekman ATF, Penninx BWJH. Predictors of the 2-year recurrence and persistence of alcohol dependence. *Addict Abingdon Engl*. 2012 Sep;107(9):1639–40.
 75. Sullivan LE, Fiellin DA, O'Connor PG. The prevalence and impact of alcohol problems in major depression: a systematic review. *Am J Med*. 2005 Apr;118(4):330–41.
 76. Thomas SE, Randall PK, Book SW, Randall CL. A complex relationship between co-occurring social anxiety and alcohol use disorders: what effect does treating social anxiety have on drinking? *Alcohol Clin Exp Res*. 2008 Jan;32(1):77–84.
 77. Whitlock EP, Green CA, Polen MR, Berg A, Klein J, Siu A, et al. Behavioral Counseling Interventions in Primary Care to Reduce Risky/Harmful Alcohol Use [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2004 [cited 2015 Jan 20]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK42863/>
 78. Casset J-C, Bérenger P, Bosson J-L, Lacroix A. [One-year assessment of the brief intervention program carried out by general practitioners in patients with alcohol misuse]. *Rev Prat*. 2008 Jun 30;58(12 Suppl):25–31.
 79. Jonas DE, Garbutt JC, Amick HR, Brown JM, Brownley KA, Council CL, et al. Behavioral counseling after screening for alcohol misuse in primary care: a systematic review and meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2012 Nov 6;157(9):645–54.
 80. Willenbring ML. Gaps in clinical prevention and treatment for alcohol use disorders: costs, consequences, and strategies. *Alcohol Res Curr Rev*. 2013;35(2):238–43.
 81. Drummond C, Coulton S, James D, Godfrey C, Parrott S, Baxter J, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of a stepped care intervention for alcohol use disorders in primary care: pilot study. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2009 Nov;195(5):448–56.
 82. Johnson NA, Kypri K, Attia J. Development of an electronic alcohol screening and brief

- intervention program for hospital outpatients with unhealthy alcohol use. *JMIR Res Protoc.* 2013;2(2):e36.
83. Brown RL, Saunders LA, Bobula JA, Mundt MP, Koch PE. Randomized-controlled trial of a telephone and mail intervention for alcohol use disorders: three-month drinking outcomes. *Alcohol Clin Exp Res.* 2007 Aug;31(8):1372–9.
84. Saitz R. Alcohol screening and brief intervention in primary care: Absence of evidence for efficacy in people with dependence or very heavy drinking. *Drug Alcohol Rev.* 2010 Nov;29(6):631–40.
85. Guth S, Lindberg SA, Badger GJ, Thomas CS, Rose GL, Helzer JE. Brief intervention in alcohol-dependent versus nondependent individuals. *J Stud Alcohol Drugs.* 2008 Mar;69(2):243–50.
86. Kim TW, Samet JH, Cheng DM, Winter MR, Safran DG, Saitz R. Primary care quality and addiction severity: a prospective cohort study. *Health Serv Res.* 2007 Apr;42(2):755–72.
87. Ernst DB, Pettinati HM, Weiss RD, Donovan DM, Longabaugh R. An intervention for treating alcohol dependence: relating elements of Medical Management to patient outcomes with implications for primary care. *Ann Fam Med.* 2008 Oct;6(5):435–40.
88. Ludwig F, Tadayon-Manssuri E, Strik W, Moggi F. Self-efficacy as a predictor of outcome after residential treatment programs for alcohol dependence: simply ask the patient one question! *Alcohol Clin Exp Res.* 2013 Apr;37(4):663–7.
89. Pelc I, Hanak C, Baert I, Houtain C, Lehert P, Landron F, et al. Effect of community nurse follow-up when treating alcohol dependence with acamprosate. *Alcohol Alcohol Oxf Oxf.* 2005 Aug;40(4):302–7.
90. Cherpitel CJ, Ye Y. Drug use and problem drinking associated with primary care and emergency room utilization in the US general population: data from the 2005 national alcohol survey. *Drug Alcohol Depend.* 2008 Oct 1;97(3):226–30.
91. Kline-Simon AH, Weisner CM, Parthasarathy S, Falk DE, Litten RZ, Mertens JR. Five-year healthcare utilization and costs among lower-risk drinkers following alcohol treatment. *Alcohol Clin Exp Res.* 2014 Feb;38(2):579–86.
92. Proudfoot H, Teesson M. The association of alcohol dependence with general practice attendance. *Drug Alcohol Rev.* 2009 Mar;28(2):154–9.
93. Green CA, Polen MR, Leo MC, Perrin NA, Anderson BM, Weisner CM. Drinking Patterns, Gender and Health II: Predictors of Preventive Service Use. *Addict Res Theory.* 2010 Jul;18(2):143–59.
94. Malet L, Llorca P-M. Les modalités de consommation : de l'usage à la dépendance. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2007 Aug;165(6):439–42.
95. Wells JE, Horwood LJ, Fergusson DM. Reasons why young adults do or do not seek help for alcohol problems. *Aust N Z J Psychiatry.* 2007 Dec;41(12):1005–12.
96. ledroit marc. Prise en charge du patient alcoolodépendant en médecine de ville :

- évaluation des pratiques professionnelles des médecins généralistes lillois [médecine générale]. [Lille]: Warembourg; 2015.
97. Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2014 décembre. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_rpib_v2.pdf
 98. Michel L. FMC-HGE » Le traitement médicamenteux de la dépendance alcoolique (en dehors de la période aiguë) [Internet]. 2011 [cited 2015 Mar 15]. Available from: <http://www.fmcgastro.org/postu-main/postu-2013-paris/textes-postu-2013-paris/le-traitement-medicamenteux-de-la-dependance-alcoolique-en-dehors-de-la-periode-aigue/>
 99. RECOMMANDATION RELATIVE A LA PRISE EN CHARGE A TITRE DEROGATOIRE DU BACLOFENE DANS LE CADRE D'UNE RECOMMANDATION TEMPORAIRE D'UTILISATION [Internet]. HAS; 2014 avril [cited 2014 Nov 14]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/baclofene_rtu_has_02042014_vf_post_college.pdf
 100. Rolland B. Trouble de l'usage d'alcool: dépistage, évaluation et principes de prise en charge. 2014 avril mai juin;28(2):66–70.
 101. Nalpas B, Lemaitre R, Dalbies P-A, Monod P, Martin S, Balmes J-L. Attitudes et opinions des médecins libéraux sur l'alcoolisme : Une enquête en région Languedoc-Roussillon. *Presse Médicale*. 32(9):391–9.
 102. Huas D, Rueff B. Le repérage précoce et l'intervention brève sur les consommateurs excessifs d'alcool en médecine générale ont-ils un intérêt? 2010;21(90):20–3.
 103. Nalpas B, Pierre B, Ledent T, Gillet C, Martin S, Playoust D, et al. Devenir des patients après sevrage d'alcool : Analyse comparative dans quatre centres de soins hospitaliers. *Alcoologie Addictologie*. 2002;24(4):337–44.

ANNEXES

Annexe 1 : critères diagnostiques de dépendance selon le DSM IV

Dépendance à une substance

Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou d'une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois

1. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants : a. besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ; b. effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance
2. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes : a. syndrome de sevrage caractéristique de la substance (voir critères A et B des critères de sevrage à une substance spécifique) ; b. la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage
3. La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu
4. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance
5. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (par exemple, consultation de nombreux médecins ou déplacements sur de longues distances), à utiliser le produit (par exemple, fumer sans discontinuité), ou à récupérer de ses effets
6. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance
7. L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance (par exemple, poursuite de la cocaïne bien que la personne admette une dépression liée à la cocaïne, ou poursuite de la prise de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool)

Spécifier si :

avec dépendance physique, présence d'une tolérance ou d'un sevrage (c'est-à-dire des items 1 ou 2)

sans dépendance physique, absence de tolérance ou de sevrage (c'est-à-dire tant de l'item 1 que de l'item 2)

Critères de l'abus d'une substance

A. Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois

1. Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école, ou à la maison (par exemple : absences

répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères)

2. Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence de la substance)

3. Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple, arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance)

4. Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple, disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres)

B. Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance

Annexe 2 : questionnaire AUDIT

	0	1	2	3	4	Score de la ligne
1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	Jamais	Au moins 1 fois par mois	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	Au moins 4 fois par semaine	
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 8	10 ou plus	
3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous avez commencé ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	
10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	

Annexe 3 : questionnaire AUDIT-C

	0	1	2	3	4	Score de la ligne
1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	Jamais	Au moins 1 fois par mois	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	Au moins 4 fois par semaine	
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 8	10 ou plus	
3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	

Annexe 4 : questionnaire FACE

	0	1	2	3	4	Score de la ligne
1. A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	jamais	Une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine	
2. Combien de verres standards 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. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?	Non				Oui	
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?	Non				Oui	
5. Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?	Non				Oui	

Annexe 5 : questionnaire DETA (CAGE)

DETA = Diminuer Entourage Trop Alcool, version française du CAGE (Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener)

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de Diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
2. Votre Entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buvez Trop ?
4. Avez-vous déjà eu besoin d'Alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

AUTEUR : Nom : HIMPENS

Prénom : Jonathan

Date de Soutenance : 15 avril 2015

Titre de la Thèse : Prise en charge du patient alcoolodépendant en médecine générale : synthèse des outils de dépistage et des traitements basée sur une revue systématique de la littérature.

Thèse - Médecine - Lille 2015

Cadre de classement : médecine générale

DES + spécialité : médecine générale

Mots-clés : médecine générale – alcoolodépendance – prise en charge

Résumé :

Contexte : Avec 8,8 millions d'usagers réguliers, l'alcool constitue en France un problème de santé publique majeur à l'origine de nombreuses conséquences médicales, économiques et sociales. Le médecin généraliste, premier recours aux soins, joue un rôle important dans le repérage et la prise en charge des patients présentant un Trouble de l'Usage d'Alcool (TUA).

Méthode : Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature à partir de la base de données Pubmed selon les patterns de mots clés suivants : 1- [« alcohol dependence »] AND [« primary care » or « general practi* »] AND Treatment, 2- [alcohol* or drink*] AND [« primary care »] AND dependence, 3- [alcohol*] AND [detoxification or withdrawal] AND [« primary care » or general practi*]. Nous avons ensuite effectué une sélection individuelle des articles selon des critères prédéfinis.

Résultats : 81 articles correspondaient aux critères de sélection. En matière de repérage, les questionnaires spécifiques des TUA, dont l'AUDIT, présentent les meilleurs résultats mais leur utilisation reste marginale, les médecins traitants utilisant d'avantage les marqueurs biologiques. L'intervention brève, qui n'a pas fait la preuve de son efficacité chez l'alcoolodépendant, montre de bons résultats chez l'utilisateur à risque. Concernant la prise en charge médicamenteuse, la prescription des benzodiazépines ne semble plus discutée pour le sevrage en alcool, les addictolytiques apparaissent quant à eux trop peu prescrits. Les antidépresseurs, souvent initiés chez le patient alcoolodépendant, restent rarement nécessaires. Si la fréquence du suivi et la qualité de la relation médecin-malade jouent un rôle prépondérant dans le maintien de l'abstinence, le médecin généraliste, contraint par le temps, admet des difficultés dans la prise en charge des patients alcoolodépendants.

Conclusion : Le repérage des patients alcoolodépendants par le médecin généraliste doit s'appuyer sur des outils cliniques simples et efficaces. De nouvelles recommandations concernant la prise en charge, notamment médicamenteuse, permettraient une prise en charge plus homogène et adaptée des patients.

Composition du Jury :

Président : Pr COTTENCIN Olivier

Assesseurs : Pr JARDRI Renaud, Dr CALAFIORE Matthieu

Directeur de thèse : Dr BENCE Camille