

Evaluation pratique de la consommation d'alcool

Classifications et définitions des conduites d'alcoolisation

MODULE 4

François PAILLE

Médecine L, Hôpital Villemin, 47, rue de Nabécor, 54035 Nancy Cedex.

TABLE DES MATIÈRES

LES USAGES DE L'ALCOOL : DÉFINITIONS DES CONDUITES D'ALCOOLISATION

- Non-usage
- Usage
- Mésusage
- Des classifications aux typologies cliniques

SÉLECTION DE CRITÈRES PERTINENTS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

- Les éléments de repérage
- Les objectifs thérapeutiques

CONTENTS

Practical evaluation of alcohol consumption, classifications and definitions of alcoholic behavior

ALCOHOL USE: DEFINITIONS OF ALCOHOLIC BEHAVIOR

- Non-use
- Use
- Misuse
- From classifications to clinical typology

SELECTION OF CRITERIA WITH CLINICAL PERTINENCE

- General notions
- Therapeutic objectives

On estime généralement qu'il existe en France environ 5 000 000 de personnes en difficulté avec l'alcool, dont 2 millions d'alcoolodépendants [1]. Un consultant sur cinq en médecine générale aurait une consommation d'alcool dommageable [2]. Quinze à 20 % des hospitalisés auraient un problème avec l'alcool [3]. Enfin, l'alcoolisation excessive est directement responsable d'environ 35 000 décès/an en France dont 23 400 par alcoolisme chronique en 1994 [1], auxquels il faut ajouter une morbidité très importante, organique, mais aussi psychologique, sociale, familiale...

Qu'il s'agisse de prévention ou de soins en alcoologie, de nombreux intervenants d'horizons et de formation divers sont amenés à apporter leur compétence. Cette diversité est à la fois une richesse mais aussi une source de difficultés en raison de l'hétérogénéité des messages et des pratiques, source de difficultés. Il apparaît donc de plus en plus nécessaire, compte-tenu du travail en réseau de plus en plus fréquent et des interactions de plus en plus nombreuses entre les différents partenaires, de proposer des bases conceptuelles, un langage, et des outils validés facilitant le travail en commun et une meilleure efficacité.

Les usages de l'alcool : définitions des conduites d'alcoolisation

Les catégories décrites ici ont été déterminées dans un but didactique et pratique, et ne sont pas strictement délimitées puisque bon nombre de personnes consommatrices de boissons alcooliques et/ou alcoolisées présentent des caractéristiques cliniques qui les placent dans une situation intermédiaire entre deux catégories. Le passage de l'usage aux différentes formes de mésusage s'opère généralement au long d'un continuum dans des conditions qui restent à étudier de façon pluri- et transdisciplinaire. Par ailleurs, un sujet donné peut au cours du temps

rester dans une même catégorie ou évoluer vers une autre, qu'elle soit hiérarchiquement supérieure ou inférieure en terme de gravité. L'histoire naturelle des conduites d'alcoolisation d'un individu donné n'est donc jamais figée, ce qui impose au long de leur évolution de procéder régulièrement à leur réévaluation.

Les différentes catégories de conduites d'alcoolisation sont organisées autour des termes usage et mésusage. Le terme usage employé seul, sans adjectif, renvoie à l'usage socialement admis où le risque, s'il n'est pas toujours nul, est considéré comme acceptable pour l'individu et la société. Le terme mésusage regroupe les comportements de consommation d'alcool induisant un ou plusieurs risques objectifs et/ou des dommages, et justifiant une intervention. Cinq catégories de conduites d'alcoolisation ont été récemment définies par un groupe de travail de la Société Française d'Alcoologie [4].

Non-usage

Il caractérise toute conduite à l'égard des boissons alcooliques et/ou alcoolisées caractérisée par une absence de consommation. Ce non-usage peut être qualifié par différents adjectifs tels que : momentané, temporaire, durable, définitif, primaire, secondaire, etc... Ce terme ne recouvre pas tout à fait l'acception du mot *abstinence*. En effet, il est qualifié de *primaire* quand il s'agit d'un non-usage initial (enfants, préadolescents) ou d'un choix durable voire définitif.

Il est qualifié de *secondaire* :

- le plus souvent quand ce non-usage advient après une période de mésusage ; il est alors généralement désigné par le terme *abstinence* ;
- mais aussi quand il advient pour des raisons diverses après une période d'usage.

Le terme de non-consommateur est proposé pour désigner le sujet dont la conduite envers l'alcool est le non-usage. Le terme

Tableau I. – Les seuils de consommation de l’OMS.
The WHO threshold levels for alcohol consumption.

<p>Les seuils définis par l’OMS sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pas plus de 21 verres par semaine pour l’usage régulier chez l’homme (3 verres par jour en moyenne) • pas plus de 14 verres par semaine pour l’usage régulier chez la femme (2 verres par jour en moyenne) • pas plus de 4 verres par occasion pour l’usage ponctuel <p>L’OMS recommande également de s’abstenir au moins un jour par semaine de toute consommation d’alcool.</p> <p><i>Ces seuils n’assurent pas avec certitude l’absence de tout risque mais sont des compromis entre d’une part un risque considéré comme acceptable individuellement et socialement, et d’autre part la place de l’alcool dans la société et les effets considérés comme positifs de sa consommation modérée.</i></p> <p><i>Ces seuils n’ont donc pas de valeur absolue car chacun réagit différemment selon sa corpulence, son sexe, sa santé physique et son état psychologique, ainsi que selon le moment de la consommation. Ils constituent donc de simples repères et ils doivent être abaissés dans diverses situations, notamment :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>en cas de situation à risque</i> : conduite de véhicule, travail sur machine dangereuse, poste de sécurité, situation qui requiert vigilance et attention, etc ; 2) <i>en cas de risque individuel particulier, notamment</i> : consommation rapide et/ou associée à d’autres produits, notamment psycho-actifs, qui potentialisent souvent rapidement les effets psychotropes de l’alcool ; pathologies organiques et/ou psychiatriques associées, notamment celles qui impliquent la prise d’un traitement médicamenteux ; modification de la tolérance du consommateur en raison de l’âge, du faible poids, du sexe, des médications associées de l’état psychologique, etc... ; situations physiologiques particulières : grossesse, états de fatigue (dette de sommeil, etc).

abstinent recouvre, avec les qualificatifs « primaire » et « secondaire », la conduite que désigne le terme *abstinence*.

Usage

Il est défini par toute conduite d’alcoolisation ne posant pas de problème, pour autant que la consommation reste modérée, inférieure ou égale aux seuils définis par l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et prise en dehors de toute situation à risque ou de risque individuel particulier (tableau I). L’usage peut être expérimental, occasionnel, ponctuel, intermittent, périodique, coutumier ou habituel, régulier ou continu, etc... Le terme de *consommateur modéré* désigne le sujet dont la conduite envers l’alcool est l’usage.

Mésusage

USAGE À RISQUE

Il est défini par toute conduite d’alcoolisation où la consommation est supérieure aux seuils définis par l’OMS et non encore associée à une dépendance ou à un quelconque dommage médical, psychique ou social, mais susceptible d’en induire à court, moyen et/ou long terme. L’usage à risque inclut également les consommations égales ou même inférieures aux seuils de l’OMS s’il existe une situation à risque et/ou un risque individuel particulier. L’usage à risque peut se présenter sous deux formes : ponctuelle (risque aigu) ou régulière (risque chronique).

Un groupe d’experts européens (Plinius Major Society) a néanmoins proposé des seuils moins restrictifs pour tenir compte de la difficulté de définir et d’évaluer avec exactitude les risques associés à l’usage régulier d’alcool, pour répondre à un souci d’acceptabilité dans la population européenne et enfin pour des raisons pragmatiques de faisabilité des interventions, soit :

- 35 verres par semaine pour l’usage régulier chez l’homme,
- 21 verres par semaine pour l’usage régulier chez la femme.

La personne dont la consommation se situe à ce niveau est dénommée *consommateur à risque*.

USAGE NOCIF

Il est défini par toute conduite d’alcoolisation caractérisée par l’existence d’au moins un dommage d’ordre médical, psychique ou social induit par l’alcool, et l’absence de dépendance à l’alcool.

Cette définition ne fait pas référence à des seuils de consommation, qui peuvent être inférieurs aux seuils de l’usage à risque dès lors que certains dommages sont constitués, mais à l’existence de conséquences liées à cette consommation.

Cette catégorie correspond à la définition de « l’utilisation nocive pour la santé » (d’alcool) dans la CIM-10 (1992) [5] et de « abus » (d’alcool) dans le DSM-IV (1994) [6].

La personne dont la consommation se situe dans ce cadre est dénommée *consommateur à problème(s)*.

USAGE AVEC DÉPENDANCE

Il est défini par toute conduite d’alcoolisation caractérisée par une perte de la maîtrise de sa consommation par le sujet. L’usage avec dépendance ne se définit donc ni par rapport à des seuils de consommation ni par l’existence de dommages induits qui néanmoins sont souvent associés.

L’usage avec dépendance, encore dénommé « alcoolodépendance » ou « dépendance à l’alcool », ne comporte pas dans sa définition de critère impliquant que la consommation soit quotidienne ou habituelle.

Cette catégorie correspond à la définition du « syndrome de dépendance » (à l’alcool) dans la CIM-10 (1992) [5] et de la « dépendance à une substance » (l’alcool) dans le DSM-IV (1994) [6].

La personne dont la consommation se situe dans ce cadre est dénommée *consommateur dépendant* ou *alcoolodépendant*. Ces termes remplacent avantageusement celui « d’alcoolique », terme aujourd’hui péjoratif, équivoque et impropre, puisqu’il intègre à la fois des conduites d’alcoolisation pathologiques et les dommages qui en résultent.

Des classifications aux typologies cliniques

Selon la définition qu’en donne le dictionnaire Robert, la typologie est la « science de l’élaboration des types, facilitant l’analyse d’une réalité complexe et la classification ». Cette définition est tout à fait appropriée aux tentatives de classification dans le champ des conduites d’alcoolisation puisqu’il s’agit d’analyser et de compartimenter un groupe hétérogène de comportements dont le seul trait commun indiscutable est l’existence d’une consommation d’alcool qui risque de s’avérer ou s’avère déjà préjudiciable à la santé physique et mentale, ainsi qu’à l’intégration sociale du sujet consommateur.

Définir des groupes homogènes de sujets dans le champ des conduites d’alcoolisation reste une entreprise difficile non seulement du fait de leur diversité mais aussi de leur dimension multifactorielle : il est possible de décrire et de classer ces conduites sous autant d’angles que de facteurs qui les définissent ; de ce fait, les classifications trop simples sont obligatoirement imparfaites et insuffisantes pour rendre compte de la réalité, et les classifications trop complexes sont inutilisables en pratique courante. De nombreuses classifications ont néanmoins été proposées et présentent un certain intérêt, tout d’abord pour la recherche qui s’avère d’autant plus pertinente qu’elle porte sur des populations homogènes de malades, ensuite pour la pratique

Tableau II. – Classification de Cloninger.
Cloninger's classification.

Type I	Type II
<p>« Alcoolisme de milieu » :</p> <ul style="list-style-type: none"> — Forme la plus répandue — Fréquence équivalente dans les deux sexes — Début tardif (après 20 ans) — Progression lente — Facteurs de risque liés autant à l'environnement qu'à la génétique 	<p>« Forme exclusivement masculine » :</p> <ul style="list-style-type: none"> — Uniquement (ou presque) chez l'homme — Début précoce (avant 20 ans) — Progression rapide vers la dépendance — Troubles du comportement lors des phases d'alcoolisation — Personnalité marquée par l'impulsivité et les conduites anti-sociales — Facteurs de risque plutôt génétiques (alcoolisme paternel fréquent) — Influence moindre de l'environnement

clinique lorsqu'elles aident à orienter la prise en charge en fonction du type de mésusage, enfin lorsqu'elles offrent une indication pronostique.

Il convient cependant de garder à l'esprit qu'en pratique clinique ces classifications restent aujourd'hui d'un intérêt limité, avant tout du fait que leur élaboration a été historiquement déterminée par une référence prépondérante sinon quasi exclusive au modèle de la dépendance, et que maintenant la recherche moderne est basée sur des méthodologies statistiques et des données d'épidémiologie génétique qui ne peuvent guère saisir la réalité clinique des sujets.

Depuis le milieu du XIX^e siècle, plus de 40 systèmes de classification des sujets en difficulté avec l'alcool ont été décrits [7]. Ils ont d'abord été purement cliniques, voire comportementaux (par ex. : alcoolisme aigu, chronique ou intermittent), puis ils ont progressivement intégré des dimensions épidémiologiques, psychiatriques (alcoolisme primaire et secondaire) pour devenir phénoménologiques et conjuguer des données d'ordre sociologique et psychopathologique (par ex. : alcoolisme α , β , γ , δ et ϵ de Jellinek [8] ; le triptyque alcoolite, alcoolose et somalcoolose de Fouquet [9] correspondant aux notions d'alcoolisme d'entraînement ou d'habitude, d'alcoolisme névrotique ou de compensation et d'alcoolisme psychiatrique). Au fur et à mesure du temps, l'analyse clinique s'est enrichie en intégrant des facteurs toujours plus nombreux : l'âge, l'âge d'apparition des conduites, le sexe, les antécédents familiaux de conduites d'alcoolisation (mésusage), les conditions sociales dans l'enfance et à l'âge adulte, les facteurs neuropsychologiques et psychopathologiques, enfin les facteurs génétiques, l'objectif étant de constituer de véritables typologies. La méthodologie d'élaboration de ces typologies s'est aussi affinée et a gagné en rigueur par la mise en place d'études structurées faisant appel à des vérifications statistiques (par ex. : alcoolisme de type 1 et 2 de Cloninger (tableau II) [10] ou de type A et B de Babor (tableau III) [11, 12].

Tableau III. – Classification de Babor.
Babor's classification.

Type A	Type B
<ul style="list-style-type: none"> — Début tardif (après 20 ans) — Evolution lente — Moindre fréquence de la psychopathologie associée — Meilleur pronostic — Moindre fréquence des complications — Moindre fréquence des facteurs de risque dans l'enfance 	<ul style="list-style-type: none"> — Début précoce — Plus grande fréquence de l'alcoolisme familial — Dépendance plus sévère — Plus grande fréquence des toxicomanies associées — Plus de comorbidité psychopathologique — Plus de facteurs de risque dans l'enfance (comportements agressifs et impulsivité)

La plupart de ces classifications, sinon toutes, comportent néanmoins des limites qu'il convient d'indiquer ici :

- elles recourent généralement au terme et à la notion d'« alcoolisme » dont l'ambiguïté n'est pas nouvelle si bien qu'à la relecture il est difficile de savoir si ces classifications s'efforçaient de séparer les formes sans dépendance de celles avec dépendance, ou si elles entendaient proposer une typologie pour distinguer différentes formes d'alcoolodépendance ;
- la plupart en effet ne prennent en compte que les sujets dits alcooliques ou alcoolodépendants, et ne permettent pas de définir les autres types de conduites qui peuvent se trouver en amont, à savoir l'usage à risque et l'usage nocif d'alcool ;
- les limites entre ces autres types de conduites (autrefois regroupées avec beaucoup d'imprécisions sous la dénomination de « buveurs excessifs ») et celles de la dépendance étaient plutôt floues, notamment du fait que ces conduites ont en commun d'induire des problèmes et qu'elles perdurent malgré leur survenue ;
- si les critères diagnostiques du DSM-IV et de la CIM 10 permettent actuellement de distinguer la dépendance de l'abus ou usage nocif, elles ne spécifient pas pour autant leur mode d'installation. Elles laissent par ailleurs un vide entre usage et usage nocif. C'est pourquoi le groupe de travail français a proposé d'introduire la notion d'usage à risque ;
- ces deux classifications constituent des nosographies des troubles mentaux et ne spécifient aucune typologie (le DSM-IV a été construit dans une visée diagnostique et la CIM 10 dans une visée épidémiologique) ; elles permettent de poser un diagnostic en fonction d'une critèresologie précise mais elles ne sont pas plus le reflet de la réalité clinique des sujets qu'elles ne permettent d'orienter précisément les interventions et/ou la prise en charge ni d'envisager un pronostic.

Finalement, aucune des classifications et/ou typologies proposées depuis plus d'un siècle ne paraît vraiment satisfaisante pour qui entend se placer dans une perspective pragmatique de repérage, de diagnostic et d'intervention.

Sélection de critères pertinents pour la pratique clinique

A partir de la relecture de ces différentes classifications et typologies, on peut cependant dégager les éléments et/ou critères cliniques susceptibles d'être pertinents dans le cadre de la pratique clinique pour assurer au mieux le repérage précoce, le diagnostic et le bilan initial de sévérité des conduites d'alcoolisation relevant du mésusage, ainsi que le bilan de gravité de leurs conséquences, et pour définir et recommander les objectifs et stratégies d'intervention. Ce sont :

- le sexe,
- l'âge du sujet,
- l'âge de début des conduites d'alcoolisation,
- la fréquence des conduites d'alcoolisation et leurs modalités (ponctuelles, intermittentes, périodiques, régulières, sociales, solitaires...),
- l'évolution des conduites d'alcoolisation (vitesse d'évolution et temps d'installation de la dépendance et de la tolérance),
- l'existence d'une comorbidité addictive (addiction avec ou sans drogues),
- l'existence d'une comorbidité psychiatrique et la séquence d'apparition des conduites alcooliques par rapport à cet éventuel trouble psychiatrique (alcoolisme primaire ou secondaire),
- le repérage des traits de personnalité et du « fonctionnement » du sujet : personnalité anxieuse, passive, dépendante, impulsivité et/ou agressivité, recherche de sensations, intolérance à la frustration,
- l'environnement social, familial, professionnel ou socio-culturel,
- les antécédents familiaux, notamment de mésusage d'alcool,
- l'existence de dommages induits d'ordre somatique, psychologique et social, et le niveau de gravité.

L'ensemble de ces critères devrait permettre au praticien d'apprécier, au moment de la rencontre avec le sujet, les déterminants de sa consommation d'alcool, et peut-être d'apercevoir plus précisément le rôle de l'alcool dans « l'économie » psychique et l'équilibre du sujet. Cette appréciation constitue, avec la détermination de la catégorie d'usage et l'évaluation du niveau de motivation, le bilan préalable et nécessaire à la détermination des objectifs de l'intervention que l'on est susceptible de lui proposer, également de sa méthode et de son opportunité.

Les éléments de repérage

LA CONSOMMATION DÉCLARÉE D'ALCOOL

La consommation déclarée d'alcool est le premier de ces éléments. Elle est évaluée en nombre de « verres standards » qui est l'unité de consommation d'alcool internationalement reconnue.

Le terme de *verre standard* ou unité internationale d'alcool (UIA) fait référence aux verres servis dans les bars, généralement standardisés selon le type de boisson. Il permet d'évaluer la quantité d'alcool ingérée qui est relativement indépendante du type de boisson consommée car la taille des verres est inversement proportionnelle à la teneur en alcool de la boisson. Il existe quelques différences selon les pays, les verres pouvant contenir de 9 à 12 g d'alcool pur. Ils ne reflètent qu'imparfaitement la consommation à domicile car les verres contiennent souvent davantage d'alcool. A ces réserves près, le verre standard permet cependant d'évaluer avec une approximation suffisante la quantité d'alcool ingérée par les malades. Pour donner des

Tableau IV. – Le questionnaire DETA.
CAGE questionnaire.

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 buviez trop ?
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

Une alcoolisation dommageable est probable si le sujet répond affirmativement à deux questions ou plus.

repères simples et pratiques, le groupe de travail de la Société Française d'Alcoolologie qui a écrit des recommandations sur ce sujet a proposé de considérer qu'il y a sensiblement autant d'alcool dans un verre de spiritueux, de vin ou de bière, soit environ 10 g d'alcool pur en moyenne par verre [4].

L'évaluation de cette consommation porte habituellement sur les jours ou les semaines précédant l'entretien. Elle est plus facile si la personne consomme régulièrement, tous les jours, plus difficile en cas de consommation très irrégulière. On s'attachera alors à évaluer le nombre de verres par jour de consommation, ainsi que le nombre de jours avec alcool sur la période considérée.

En pratique, la consommation d'alcool peut être abordée de manière relativement simple si l'on accepte de la considérer comme un facteur parmi d'autres de risque de mauvaise santé et donc de la faire préciser systématiquement pour tout nouveau malade, au même titre que ses antécédents personnels et familiaux ou ses autres facteurs de risque tels que les autres consommations de substances psychoactives, notamment de tabac et de médicaments, les habitudes alimentaires, l'activité physique, etc... Si des repères précis (« verre standard » ou UIA) leurs sont fournis, nombre de malades peuvent devenir capables de calculer par eux-mêmes leur consommation.

L'expression de cette consommation chez les consommateurs à risque ne pose habituellement guère de problèmes si elle est recherchée dans un contexte systématique en dehors de tout aspect inquisitorial ou moralisant. Beaucoup de malades n'ont d'ailleurs pas réellement conscience que leur consommation pose un problème et n'ont de ce fait guère de vraie difficulté à l'exprimer. Il peut naturellement en aller tout autrement chez le malade dépendant, notamment lorsqu'il oppose le déni qui le caractérise volontiers.

La sous-estimation, plus qu'une réelle volonté de minimisation souvent mise en avant, a peu d'importance puisqu'en fait, il s'agira ici moins d'évaluer cette consommation avec exactitude que de l'apprécier par rapport aux seuils d'intervention précisés ci-dessus.

LES QUESTIONNAIRES DE REPÉRAGE

Il s'agit de questionnaires, soit administrés par un tiers, soit auto-administrés, qui visent à repérer l'existence d'un mésusage d'alcool, sans pour autant pouvoir en qualifier le type.

A ce jour, plus de 25 questionnaires ont été décrits dans la littérature [13] et de nombreuses études ont montré que leurs performances sont au moins égales ou supérieures aux examens biologiques. La plupart, d'origine anglo-saxonne, n'a pas été traduite en français.

Deux sont maintenant largement utilisés : le DETA (acronyme français du CAGE) (tableau IV) et l'AUDIT (tableau V) [14].

Le **questionnaire DETA** : destiné à l'identification du mésusage d'alcool, il a l'avantage d'être simple (4 questions) ; il

Tableau V. – Le questionnaire AUDIT.

AUDIT questionnaire.

Questionnaire AUDIT	0	1	2	3	4	Score de la ligne
1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	jamais	1 fois par mois ou moins	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'une fois par mois	une fois par mois	une 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 aviez commencé ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois vous consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une 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'une fois par mois	une fois par mois	une 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'une fois par mois	une fois par mois	une 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'une fois par mois	une fois par mois	une 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 au 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	
Total						

Un score ≥ 8 chez les hommes et ≥ 7 chez les femmes est évocateur d'un mésusage d'alcool.

Un score > 12 chez les hommes et > 11 chez les femmes serait en faveur d'une dépendance à l'alcool.

AUDIT : Alcohol Use Disorder Identification Test.

explore la vie entière ; de ce fait, un score positif renseigne sur l'existence d'un problème lié à l'alcool mais n'en discrimine pas le caractère récent ou ancien ; son administration systématique sur un mode structuré n'est pas toujours facile mais sa passation peut se faire de façon informelle et dispersée au cours de l'entretien. Il peut être proposé en auto-questionnaire.

Le **questionnaire AUDIT**. Développé par l'OMS, il est également destiné à l'identification précoce du mésusage ; il est plus riche en informations et semble plus pertinent pour assurer le dépistage précoce puisqu'il explore les 12 derniers mois de la vie du malade. Il a de surcroît l'avantage de pouvoir être utilisé en auto-questionnaire. Son utilisation favorise chez le consommateur la reconnaissance de la réalité de sa consommation. Ce questionnaire devrait donc être davantage utilisé dans les populations à risque, fréquentes en Hépatogastroentérologie. Il est cependant plus long à faire passer.

Comme pour la biologie, une des difficultés de ces questionnaires concerne la procédure de validation ; s'il est facile de les tester auprès d'échantillons de populations connues pour présenter un mésusage d'alcool, il est beaucoup plus difficile d'en déterminer la sensibilité et la spécificité en population générale.

LES SIGNES CLINIQUES PRÉCOCES ET LES SIGNES D'ALERTE

D'une manière générale, plus le diagnostic est précoce, moins le tableau clinique est évocateur, la difficulté étant pour

l'intervenant de rapporter les signes à la consommation d'alcool. Il convient donc d'y penser systématiquement en recherchant des signes le plus souvent totalement aspécifiques mais évocateurs par leur accumulation et leur groupement.

Repérer précocement un mésusage de l'alcool suppose donc d'y penser facilement pour rechercher ces signes de présomption.

L'attention sera attirée notamment par :

- un moins bon état de santé caractérisé par un taux de fréquentation des professionnels de santé ou des dispositifs de soins supérieur à celui de la population générale ;
- des plaintes concernant la fatigue, la nervosité, l'irritabilité, le sommeil ou l'humeur ;
- de plus grandes difficultés sociales avec des recours plus fréquents que la population générale aux organismes sociaux pour trouver du travail ou maintenir un emploi de manière stable ;
- une certaine instabilité relationnelle avec l'entourage (difficultés conjugales et familiales, problèmes professionnels, conflits de voisinage, etc...) ;
- chez les sujets jeunes, une modification du comportement, un désinvestissement progressif, des difficultés scolaires orientant vers des cycles courts ou pré-professionnels ou conduisant à des situations d'échec scolaire.

Des comorbidités somatiques, psychiques, sociales peuvent également être évocatrices.

L'état somatique

De nombreuses pathologies courantes, dont certaines sont fréquentes (exemple : l'hypertension artérielle) sont la conséquence de la consommation d'alcool. Elles imposent de la rechercher de manière quasi systématique. Les plaintes, variables selon les malades, sont plus ou moins banales et peu spécifiques intéressant souvent la sphère neuropsychique (nervosité, irritabilité, fatigabilité, troubles du sommeil, difficultés de concentration...) ou digestive (nausées, vomissements, douleurs abdominales...). Elles doivent être évocatrices par l'association de symptômes réalisant des tableaux cliniques « bâtards ». L'examen clinique, à ce stade, reste longtemps relativement pauvre : il peut être normal ou trouver un tremblement léger des extrémités, une hépatomégalie modérée... Seuls comptent alors les groupements de signes cliniques associés à d'autres signes psychosociaux et comportementaux pour poser l'hypothèse d'un mésusage d'alcool.

Le tableau peut aussi être plus patent avec un aspect général de laisser-aller, un tremblement des extrémités, un visage vultueux, un subictère conjonctival, un comportement anormalement loquace et exubérant ; enfin, l'examen peut mettre en évidence des complications somatiques de l'alcoolisation chronique : neuropathie centrale ou périphérique, cirrhose, pancréatite chronique...

L'état physico-psychologique

Les troubles comportementaux sont certainement ceux qui sont les plus précoces et les plus repérables, notamment par l'entourage et les milieux socio-éducatifs et judiciaires.

L'association de plus en plus fréquente d'autres substances psychoactives à la consommation d'alcool (tabac, café, anxiolytiques, notamment chez les inactifs et les femmes ; tabac, drogues illicites et produits stimulants chez les jeunes) est une réalité sociologique actuelle et doit être recherchée. Sa fréquence s'accroît d'autant plus que s'y associent des troubles de l'adaptation et des situations d'échecs répétés. Nous disposons là de bons indicateurs imposant de se poser la question de l'usage à risque ou de l'usage nocif dans de nombreuses situations.

La situation environnementale

Un mésusage de l'alcool peut être à l'origine de difficultés ou de problèmes d'ordre conjugal, familial, professionnel et ou social mais, à l'inverse, ces mêmes difficultés peuvent conduire à une alcoolisation dépassant le simple usage. Dans un premier entretien, il est souvent difficile de faire la part de ce qui est cause ou conséquence si bien que l'on se bornera à faire une appréciation de la situation :

- la personne supporte moins bien son entourage et les enfants, a tendance à s'isoler et délaisse certaines activités ;

- la relation conjugale est marquée soit par des conflits verbaux plus ou moins aigus soit par une indifférence ; la vie sexuelle du couple peut être perturbée, conduisant à l'insatisfaction ou à sa suspension ;

- l'entourage a déjà pu remarquer que la consommation d'alcool du sujet a tendance à augmenter lors des dîners ou des fêtes ; les prétextes sont nombreux pour consommer ; des problèmes aigus (conduite en état d'alcoolisation par exemple) ou chroniques (difficultés familiales, professionnelles...) ont déjà pu se poser. Ce même entourage peut cependant déjà minimiser voire dénier l'idée que la consommation du sujet relève d'un mésusage de l'alcool ;

- sur le plan professionnel, on s'attachera à savoir s'il existe un désintérêt, un absentéisme et/ou des arrêts de travail fréquents, des conflits avec les collègues et/ou la hiérarchie.

Toutefois, une bonne intégration sociale apparente, longtemps maintenue, se conjugue au caractère progressif des

changements de comportement pour rendre compte de la difficulté du repérage précoce.

Trois signes sont également très évocateurs de l'existence ou du développement d'un mésusage d'alcool :

- la concomitance des problèmes de santé, tant sur le plan physique que psychique, avec les difficultés professionnelles et l'existence de troubles comportementaux familiaux et/ou environnementaux ;

- la répétition de ces problèmes qui surviennent avec une fréquence anormalement élevée et qui doit faire évoquer le mésusage d'alcool comme probable facteur favorisant voire aggravant. Cette répétition doit d'autant plus constituer un signe d'alerte qu'il s'agit de sujets jeunes et jusqu'alors apparemment sans problèmes ;

- l'imputation aux autres des difficultés et de leurs motifs, et la répétition de ce mode de « défense » qui permet au sujet de ne pas remettre en question ses conduites générales et notamment ses conduites d'alcoolisation.

LES EXAMENS BIOLOGIQUES

Si les marqueurs biologiques d'alcoolisation peuvent, par définition, être perturbés par la consommation d'alcool, l'absence de perturbation du test ne permet en aucun cas de récuser le diagnostic de mésusage d'alcool. En effet :

- aucun des tests concernés ne possède une sensibilité égale à 1, c'est-à-dire n'est capable de détecter 100 % des consommateurs en difficulté avec l'alcool ;

- pour aucun de ces marqueurs il n'existe de corrélation stricte entre l'intensité des perturbations biologiques, le niveau de consommation et ses conséquences.

La biologie ne permet donc guère de détecter un mésusage d'alcool en l'absence d'éléments cliniques évocateurs. Prescrire à l'aveugle un ou plusieurs de ces tests biologiques n'est donc pas recommandé : le médecin doit d'abord essayer d'obtenir des informations fiables par un dialogue conduit dans la confiance et n'envisager la prescription de ces examens que dans un deuxième temps.

Les malades de leur côté peuvent parfois demander eux-mêmes ces examens pour vérifier les effets bénéfiques de leur abstinence, ou encore confirmer le contrôle de leur consommation ou de sa modération.

De très nombreux tests ont été proposés mais on se focalisera ici sur les trois paramètres biologiques les plus couramment utilisés : gamma-GT, volume globulaire moyen (VGM), transferrine désialylée (CDT) [15-18]. On soulignera que ce sont des indicateurs de mésusage qui n'autorisent en aucune manière l'affirmation d'un diagnostic de catégorie d'usage.

- La gamma-GT (dosage sérique de la gamma-glutamyl-transférase) est un examen simple et peu coûteux :

- *sa cinétique* : son taux s'élève en 2 à 3 semaines de consommation régulière d'alcool supérieure à au moins 4 verres par jour ; en cas de retour à l'usage ou à un non-usage durable, il diminue de façon constante, le retour à la normale se faisant le plus souvent, selon le taux de départ et en l'absence d'hépatopathie grave, en 15 jours à un mois, davantage pour des taux initiaux très élevés ;

- *sa sensibilité*, en l'absence d'atteinte hépatique, est médiocre, de l'ordre de 50 %. Elle s'améliore, atteignant les 80 %, dès que l'alcoolisation excessive s'accompagne d'une atteinte hépatique. Ses performances diagnostiques sont donc d'autant meilleures que le diagnostic est plus évident et que la consommation a des effets pathogènes sur un organe cible ;

- *sa spécificité* est, selon les séries, de 60 à 80 % ;

- *les principales causes d'élévation* notable de la gamma-GT, outre le mésusage d'alcool, sont :

- la prise de médicaments inducteurs enzymatiques (phéno-barbital, phénytoïne, rifampicine, anti-vitamines K, ...);
- les maladies hépatiques et des voies biliaires non alcooliques s'accompagnant de cholestase, ainsi que les stéatoses ou stéato-hépatites non alcooliques. A noter que des taux très élevés de gamma-GT régressant mal à l'arrêt du traitement doivent faire craindre des lésions hépatiques évoluées (fibrose);
- les pancréatites, l'insuffisance cardiaque, le diabète.

L'ensemble de ces causes « parasites » d'élévation de la gamma-GT contribue à compliquer l'interprétation du test dont le résultat, normal ou anormal, peut en alcoologie prendre de multiples significations.

- Le VGM (volume globulaire moyen) est un examen également simple, fiable et peu coûteux. La macrocytose est particulièrement suggestive d'une consommation excessive d'alcool lorsqu'elle ne s'accompagne pas d'anémie.

- sa *cinétique* est plus lente : il faut au moins 2 à 3 mois d'alcoolisation régulière et excessive avant de constater une augmentation de ce volume (généralement considérée comme significative pour une valeur supérieure à 98 μm^3). Après sevrage, il faut un délai d'au moins 2 mois pour observer une décroissance significative;

- sa *sensibilité* est très moyenne : 60 %;

- sa *spécificité* est limitée par les autres causes de macrocytose (« faux-positifs »).

Les causes de faux-positifs sont principalement la grossesse, la cirrhose et certaines maladies hématologiques. Ces causes sont donc soit faciles à diagnostiquer soit suffisamment rares, du moins en France, ce qui confère à la macrocytose une valeur informative de poids. Dans un travail réalisé par des généralistes finlandais, la cause la plus fréquente des macrocytoses (> 100 μm^3) était l'excès d'alcool, dans 80 % des cas chez les hommes et 46 % chez les femmes.

- La gamma-GT et le VGM réalisés en association atteignent une sensibilité qui avoisine les 90-95 % chez les consommateurs dépendants, mais seulement 65 % en cas d'usage à risque ou d'usage nocif. En effet, pour des raisons encore mal comprises, la gamma-GT et le VGM ne semblent pas détecter les mêmes malades. Ils sont très utiles pour :

- venir renforcer la présomption clinique d'un mésusage de l'alcool,

- servir de marqueurs objectifs d'alcoolisation vis-à-vis du malade, permettant de le revoir et d'aborder à nouveau le problème avec des arguments médicaux supplémentaires,

- suivre, après sevrage de l'alcool, l'abstinence et les éventuelles réalcoolisations.

- La CDT (transferrine désialylée) est un indicateur de surconsommation récemment proposé.

- sa *cinétique* : sa demi-vie est de l'ordre de 17 jours ; on considère qu'une consommation de 50 à 80 grammes d'alcool pur par jour pendant 8 jours augmente le taux de CDT ; après arrêt de l'alcool, la CDT diminue et se normalise en 2 à 3 semaines ;

- sa *sensibilité* semble actuellement n'être pas très supérieure à celle de la gamma-GT, aux alentours de 55 % pour une consommation de 40 à 70 g par jour, mais de 90 % pour une consommation de 70 à 500 g/jour d'alcool ;

- sa *spécificité* est meilleure et serait de l'ordre de 90 %.

L'avantage de la CDT par rapport à la gamma-GT réside dans sa meilleure spécificité. A l'exception de la grossesse, de la maladie des glycoprotéines, des variants génétiques (mutations génétiques de la transferrine et Carbohydre Deficit Proteins Syndrom), ainsi que de la cirrhose biliaire primitive et de l'insuffisance hépatique grave, la plupart des maladies hépatiques non alcooliques n'ont pas d'influence et peu de pathologies autres que le mésusage d'alcool semblent capables d'augmenter la CDT.

Le dosage de la CDT paraît donc pouvoir constituer un marqueur biologique intéressant dans le dépistage et le suivi du mésusage d'alcool mais il reste aujourd'hui difficile d'affirmer des recommandations claires quant à son usage car la littérature disponible comporte encore trop d'aspects non consensuels [16, 18-20].

Par ailleurs, sa mise en oeuvre, techniquement plus délicate, et son coût actuel, nettement supérieur à celui du dosage de la gamma-GT, constituent un obstacle à sa diffusion [18].

Ce test vient donc en seconde intention pour compléter les marqueurs existants, notamment en cas de doute chez des malades ayant un taux de gamma-GT discordant avec l'impression clinique ou l'interrogatoire : gamma-GT élevée chez un malade affirmant ne plus boire, ou gamma-GT normale chez un malade dont on a des raisons de penser que sa consommation d'alcool relève du mésusage.

- Les combinaisons entre questionnaires de repérage (AUDIT, etc...) et marqueurs biologiques ne permettent guère d'améliorer le dépistage précoce des usagers à risque. Un exemple en est fourni par le travail récent de Hermansson [21] qui a utilisé la combinaison AUDIT, gamma-GT et CDT pour la détection des usagers « à risque » à l'occasion d'une visite médicale de routine en entreprise. Sur les 570 sujets participants, 105 (18,4 %) étaient considérés comme consommateurs à risque car ayant un score AUDIT supérieur ou égal à 8 ; 43 avaient une valeur de CDT supérieure à la normale mais seuls 8 de ces derniers avaient un AUDIT positif ; enfin 20 avaient un taux de gamma-GT élevée dont 8 avaient un AUDIT positif. Seuls 8 sujets avaient à la fois un AUDIT positif, un taux de gamma-GT et une CDT élevés. Cette étude démontre de manière claire que multiplier ou associer les tests dans l'optique de repérer les usagers à risque dans une démarche à l'aveugle aboutit plus à augmenter la confusion et la difficulté de l'interprétation qu'à faciliter le dépistage.

Les objectifs thérapeutiques

Les objectifs d'intervention doivent prendre en compte non seulement les critères diagnostiques de catégorie, mais aussi d'autres paramètres comme les effets positifs et négatifs de l'alcool, ses fonctions psycho-actives, les conséquences de son usage, les modes de gestion...

Les objectifs des interventions vis-à-vis des consommateurs d'alcool sont donc soumis à une évaluation individuelle précise. Schématiquement, on peut proposer les objectifs suivants :

NON-USAGE

Pour des non-usagers primaires (pour la plupart enfants et adolescents), les interventions relèvent de façon générale de l'éducation pour la santé, de la valorisation des boissons sans alcool, de la diffusion des messages de base adaptés aux différents publics.

Pour les non-usagers secondaires, les objectifs sont habituellement ceux des dépendants.

USAGE — CONSOMMATEURS MODÉRÉS

L'intervention est orientée vers la prévention primaire du risque. Là encore, il s'agit essentiellement d'éducation à la santé.

MÉSUSAGE

Usage à risque

Il convient d'informer les consommateurs des risques encourus et de favoriser le retour de leur consommation dans les limites

de l'usage. L'intervention est légère : conseil bref ou intervention brève.

Usage nocif

L'intervention vise en général à un retour à l'usage, parfois à une non-consommation temporaire ou définitive, notamment lorsqu'il existe d'autres problèmes associés (comorbidités addictives, psychiatrique, complications organiques sérieuses...).

Elle reste habituellement du domaine de l'intervention brève. Elle assure, si nécessaire, un accompagnement médico-psycho-social.

L'intervention est plus lourde s'il existe des conduites addictives ou des troubles psychiatriques associés, et/ou des troubles induits graves et/ou multiples.

Usage avec dépendance

L'intervention est lourde, sur un temps long, visant à une meilleure qualité de vie du sujet, passant dans la quasi-totalité des cas par une abstinence complète et définitive. Elle favorise la reconnaissance par le sujet de son incapacité à maîtriser sa consommation, elle prépare et assure le sevrage et met en place l'accompagnement médico-psycho-social pour évaluer et prendre en charge les difficultés et/ou les dommages induits par la dépendance. Les acteurs, nombreux, sont amenés à travailler en réseau.

RÉFÉRENCES

1. La Santé en France 96. Haut Comité de la Santé Publique. La Documentation Française 1996:24-7.
2. Huas D, Darne B, Rueff B, Lombraïl P, Leblanc B. « Malades alcooliques » et consultations en Médecine Générale : prévalence et détection. *Rev Prat (Med Gen)* 1990;81:45-9.
3. Statistiques. Edition 1996-1997. A.N.P.A., Paris.
4. Recommandations pour la pratique clinique : Les conduites d'alcoolisation : lecture critique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique ? Pour quel patient ? Sur quels critères ? *Alcoologie et Addictologie* 2001;23 (suppl 4):35-755.
5. Classification Internationale des Maladies. Dixième édition. Chap V : troubles mentaux et troubles du comportement. Organisation mondiale de la santé. Masson, Paris, 1993.
6. Diagnostic and statistical manual of mental disorders — Fourth edition. American Psychiatric Association. Washington DC, 1994. Traduction française, Masson, 1996.
7. Ades J, Lejoyeux M. Les classifications de l'alcoolisme : principes et éléments des nosographies actuelles. In : Ades J, Lejoyeux M eds. *Alcoolisme et psychiatrie. Données actuelles et perspectives*. Paris : Masson, 1997:43-55.
8. Jellinek EM. Alcoholism : a genus and some of its species. *Can Med Assoc J* 1960;83:1341-5.
9. Fouquet P. Réflexions cliniques et thérapeutiques sur l'alcoolisme. *L'Evolution Psychiatrique* 1951;16:231-51.
10. Cloninger CR, Christiansen KU, Reicht T, Gottesman II. Implications of sex differences in the prevalence of antisocial personality, alcoholism and criminality for familial transmission. *Arch Gen Psych* 1978;35:941-50.
11. Babor TF, Hofmann M, DelBoca F, Hesselbrock V, Meyer RE, Dolinsky ZS, et al Types of alcoholics. I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. *Arch Gen Psych* 1992;49:599-608.
12. Babor TF. La typologie et le traitement de l'alcoolisme. *Alcoologie* 1997;19(suppl 3):293-306.
13. Yersin B. Les questionnaires de dépistage en alcoologie. *Alcoologie* 1999;21:397-401.
14. Aubin HJ, Marra D, Barrucand D. Modes d'évaluation standardisée de l'alcoolisme. In : Ades J, Lejoyeux M eds. *Alcoolisme et Psychiatrie. Données actuelles et perspectives*. Paris : Masson, 1997:57-65.
15. Allen JP, Litten RZ, Fertig JB, Sillanaukee P. Carbohydrate-deficient transferrin, gamma-glutamyltransferase, and macrocytic volume as biomarkers of alcohol problems in women. *Alcohol Clin Exp Res* 2000;24:492-6.
16. Salaspuro M. Carbohydrate-deficient transferrin as compared to other markers of alcoholism : a systematic review. *Alcohol* 1999;19:261-71.
17. Rosalki SB. Biochemical identification of alcohol abuse. *Int J Clin Pract* 1999;53:138-9.
18. Schellenberg F, Mouray H. Les marqueurs biologiques de la consommation d'alcool. *Alcoologie* 1999;21:417-20.
19. Schmitt UM, Stieber P, Jungst D, Bilzer M, Wachtler M, Heberger S, et al. Carbohydrate-deficient transferrin is not a useful marker for the detection of chronic alcohol abuse. *Eur J Clin Invest* 1998;28:615-21.
20. Aithal GP, Thornes H, Dwarakanath AD, Tanner AR. Measurement of carbohydrate-deficient transferrin in a general medical clinic : is this test useful in assessing alcohol consumption. *Alcohol Alcohol* 1998;33:304-9.
21. Hermansson U, Helander A, Huss A, Brandt L, Rönnerg S. The Alcohol Use Disorders Identification Test and Carbohydrate-deficient transferrin in a routine workplace health examination. *Alcohol Clin Exp Res* 2000;24:180-7.