

ALCOOLOGIE DE BASE EN SOINS PRIMAIRES

Cellule ALCOOL SSMG
Dr Eric PAQUET



SOCIETE SCIENTIFIQUE de
MEDECINE GENERALE

Avec le soutien de



LE ALCOOL, UN PROBLEME ?

FETE, DETENTE PAUSE, Å



☞ Tout le monde boit ou se excuse parce qu'il ne boit pas ☞

LEALCOOL, UNE DROGUE ?



EN QUOI L'ALCOOL DERANGE-T-IL ?

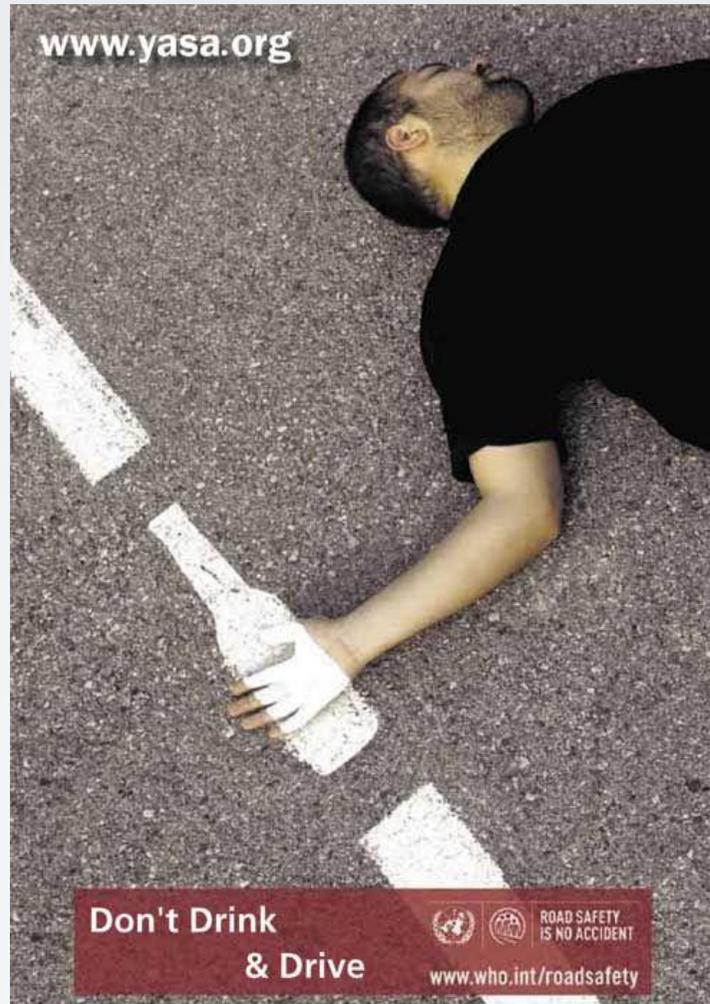
0 L'IVROGNE, L'ALCOOLIQUE



0 LA GROSSESSE ET L'ALCOOL



0 LE ALCOOL ET LA SECURITE ROUTIERE



0 LE BINGE DRINKING



LE ALCOOL EN CHIFFRES

CONSOMMATION D'ALCOOL :

Alcohol consumption Litres per capita (15+)

Litres	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Australia	10.8	10.8	10.6	10.5	10.3	10.1	..	..
Austria	12.9	12.9	12.4	12.1	12.5	12.2	..	..
Belgium	10.7	10.2	10.6	10.4	10.6	9.8	9.8	..
Canada	8.0	8.1	8.2	8.2	8.2	8.0	8.1	..
Chile	7.3	7.4	7.3	7.7	7.9	..	..	..
Czech Republic	11.9	12.1	12.1	12.1	11.4	11.5	11.6	..
Denmark	12.2	12.1	10.9	10.1	10.3	10.5	9.3	..
Estonia	13.4	14.8	14.2	11.9	11.4	12.3	12.3	..
Finland	10.1	10.5	10.3	10.0	9.7	9.8	9.3	..
France	12.9	12.7	12.3	12.3	12.0	12.0	11.8	..
Germany	11.8	11.5	11.4	11.2	11.2	11.0	11.0	..
Greece	8.8	9.0	8.8	8.3	7.9	..	..	..
Hungary	13.2	12.6	11.8	11.5	10.8	11.4	..	..
Iceland	7.2	7.5	7.3	7.0	6.3	..	..	..
Ireland	13.4	13.2	12.2	11.0	11.6	11.7	11.6	..
Israel ¹	2.2	2.3	2.4	2.5	2.7	..	..	..
Italy	7.3	7.2	6.8	6.4	6.1	..	..	..
Japan	7.9	7.7	7.5	7.4	7.3	7.3	7.2	..
Korea	9.2	9.3	9.5	8.9	9.0	8.9	9.1	..
Luxembourg	12.0	11.8	11.5	11.4	11.4	..	..	..
Mexico	5.3	5.5	5.5	5.5	5.4	5.1	5.7 ^b	..
Netherlands	9.6	9.6	9.7	9.4	9.3	..	..	..
New Zealand	9.3	9.2	9.5	9.3	9.6	9.5	9.3	9.2
Norway	6.5	6.6	6.8	6.7	6.6	6.4	6.2	..
Poland	9.9	10.3	10.8	10.2	10.0	10.3	10.2	..
Portugal	11.7	11.3	11.2	10.9	10.8	..	..	..
Slovak Republic	10.6	10.7	11.2	10.7	10.1	10.2	10.1	..
Slovenia	12.2	11.0	11.0	10.5	10.3	10.6	11.0	..
Spain	11.9	11.1	10.2	10.0	9.8	..	..	..
Sweden	6.9	6.9	7.0	7.3	7.3	7.3	7.3	..
Switzerland	10.2	10.4	10.2	10.1	10.0	10.0	9.9	..
Turkey	1.2	1.3	1.5	1.5	1.5	1.5	1.6 ^e	..
United Kingdom	11.1	11.2	10.4	10.5	10.3	10.6	..	..
United States	8.6	8.7	8.7	8.7	8.6	8.6	..	..

.. Not available

Disclaimer: <http://oe.cd/disclaimer>

1. The statistical data for Israel are supplied by and under the responsibility of the relevant Israeli authorities. The use of such data by the OECD is without prejudice to the status of the Golan Heights, East Jerusalem and Israeli settlements in the West Bank under the terms of international law.

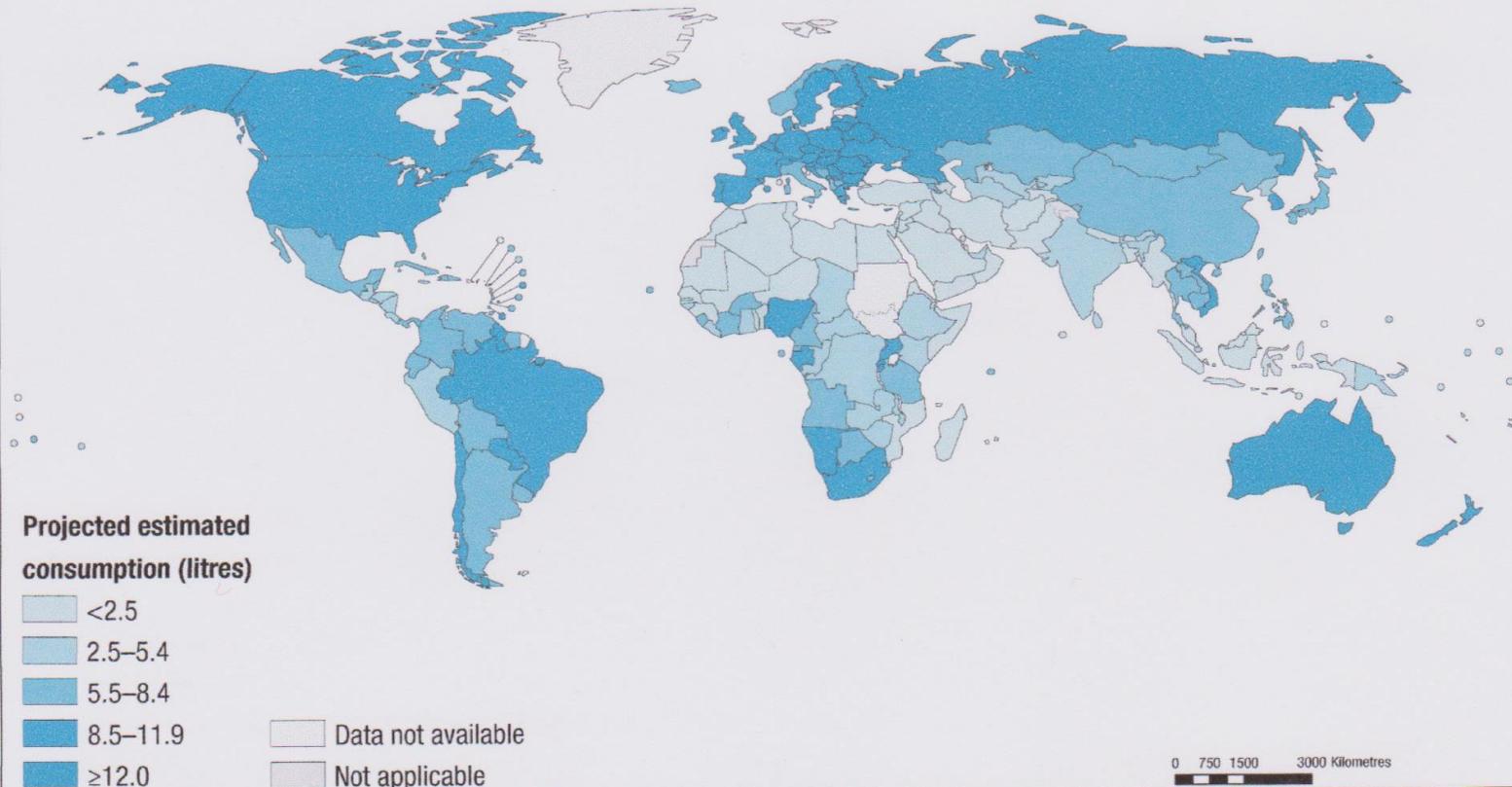
b) Break in series

e) Estimate

Source: OECD Health Data: Non-medical determinants of health: OECD Health Statistics (database).

<http://dx.doi.org/10.1787/alcoholcons-table-2014-1-en>

Total alcohol per capita (>15 years of age) consumption, in litres of pure alcohol, projected estimates, 2015



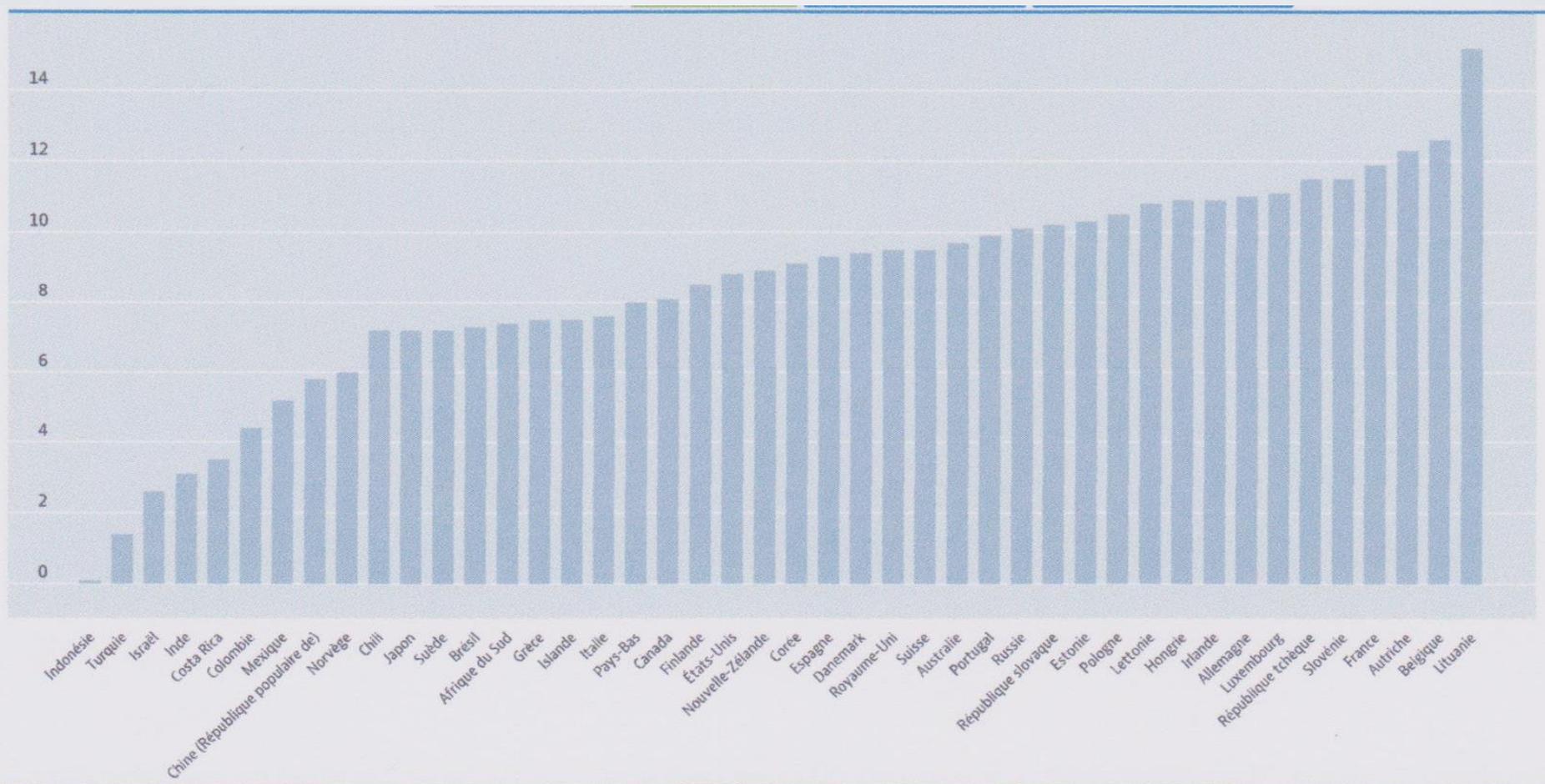
The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement. © WHO 2016. All rights reserved.

Data Source: World Health Organization
 Map production: Information Evidence and Research (IER)
 World Health Organization



OCDE : 2013 -2016

Belgique : 12,6 litres d'alcool pur par habitant 15 ans + par an



En Belgique , pour la période 2008 . 2010 , sur une année ,

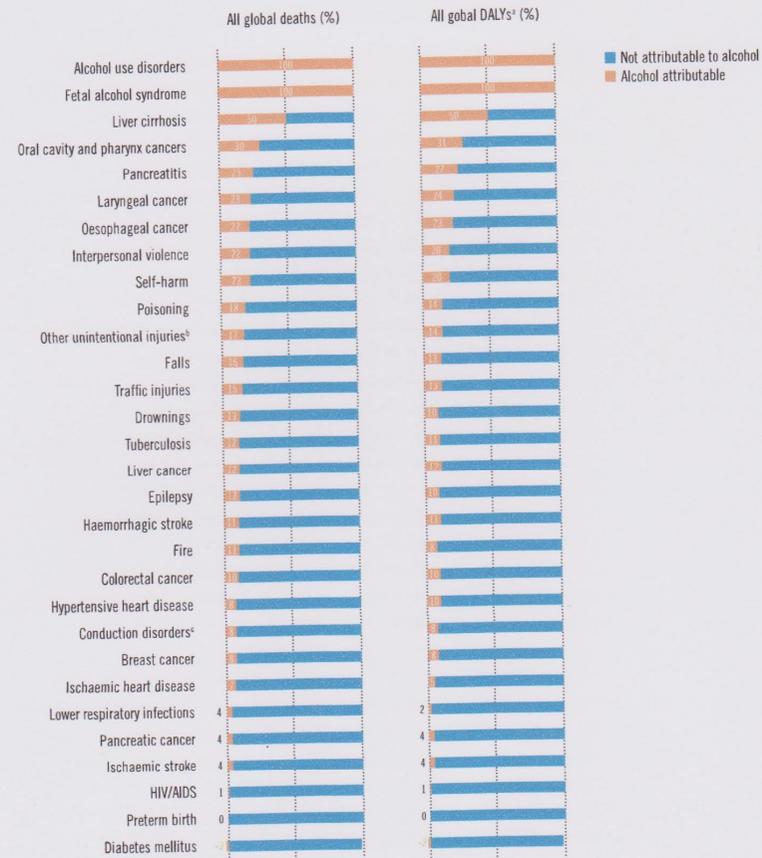
- 82 % des citoyens ont consommé de l'alcool
- 14 % des citoyens ont bu quotidiennement de l'alcool
- la consommation moyenne rapportée est de 11 verres standards par semaine
- l'âge moyen de la première consommation se situe entre 18 et 19 ans
- les hommes consomment plus que les femmes

ALCOOL ET SANTE :

L'alcool

- est responsable de **environ 6 %** des décès de par le monde
- est aussi responsable de **environ 5 %** de la charge globale des maladies et traumatismes
- est donc un facteur de risque de premier plan de morbidité , d'invalidité et de mortalité (en Europe , 4^{ème} FR de morbidité après le tabac, le surpoids et l'HTA et **2^{ème} FR de mortalité évitable** après le tabac)
- est responsable de **au moins 60** pathologies , mais impacte à des degrés divers jusqu'à **200** troubles de santé ou causes de décès, de maladies ou de traumatismes au sens large

Figure 14. Alcohol-attributable fractions (AAFs) for selected causes of death, disease and injury, 2012

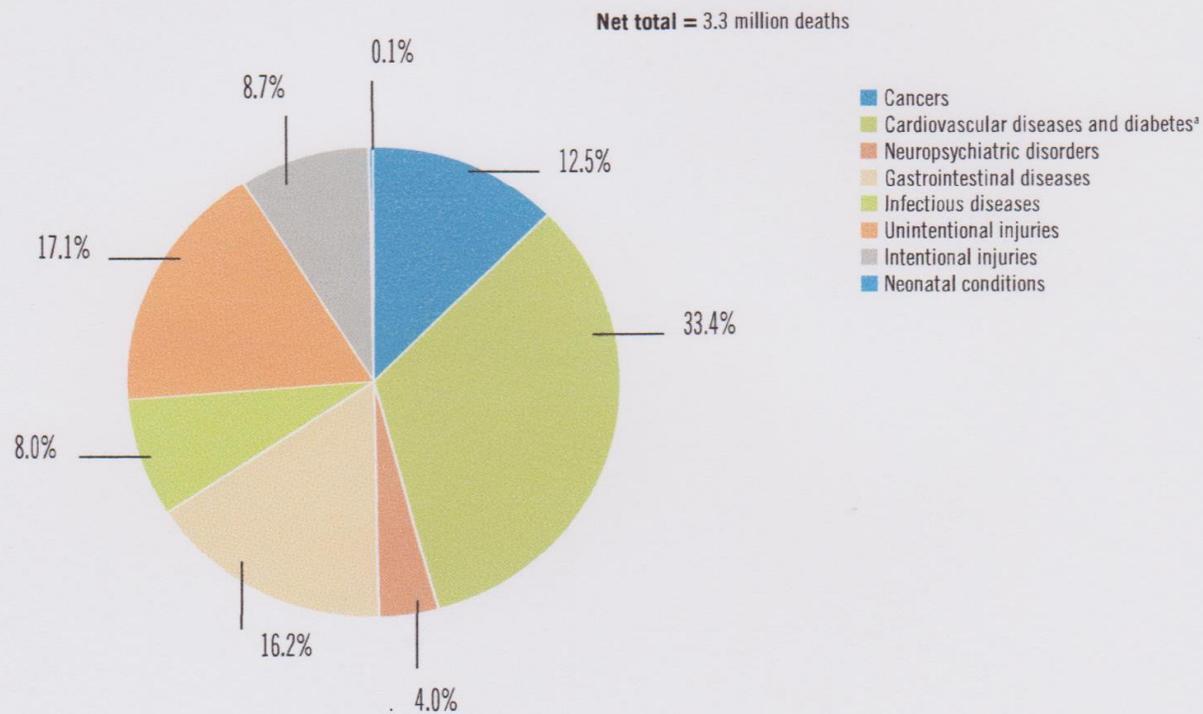


^a As measured in disability-adjusted life years.

^b includes smothering, asphyxiation, choking, animal or snakebites, hypothermia and hyperthermia, and other dysrhythmias.

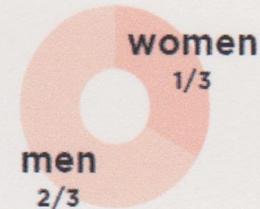
Note: For diabetes mellitus, the AAF was negative, meaning that, overall, alcohol consumption exerts a beneficial effect on this disease. Low-risk patterns of alcohol consumption also exert beneficial effects on some other diseases, e.g., ischaemic heart disease, but these effects are not strong enough for the overall AAF to be negative. For details on the methodology see Appendix IV.

Figure 15. Distribution of alcohol-attributable deaths, as a percentage of all alcohol-attributable deaths by broad disease category, 2012



^a Including beneficial effects of low risk drinking patterns on some diseases.

3.3 million deaths
6 deaths every minute
from harmful use of alcohol
every year



Harmful use of alcohol causes



100% of fetal alcohol syndrome



100% of alcohol use disorders



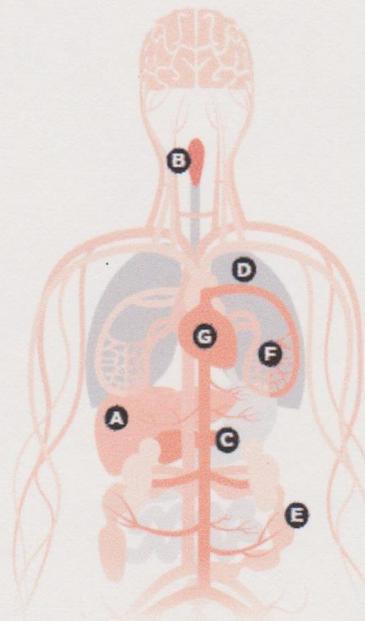
22% of suicides



22% of interpersonal violence



15% of traffic injuries



A 50% of liver cirrhosis

B 30% of mouth and throat cancers

C 25% of pancreatitis

D 12% of tuberculosis

E 10% of colorectal cancer

F 8% of breast cancer

G 8% of heart disease

DALY

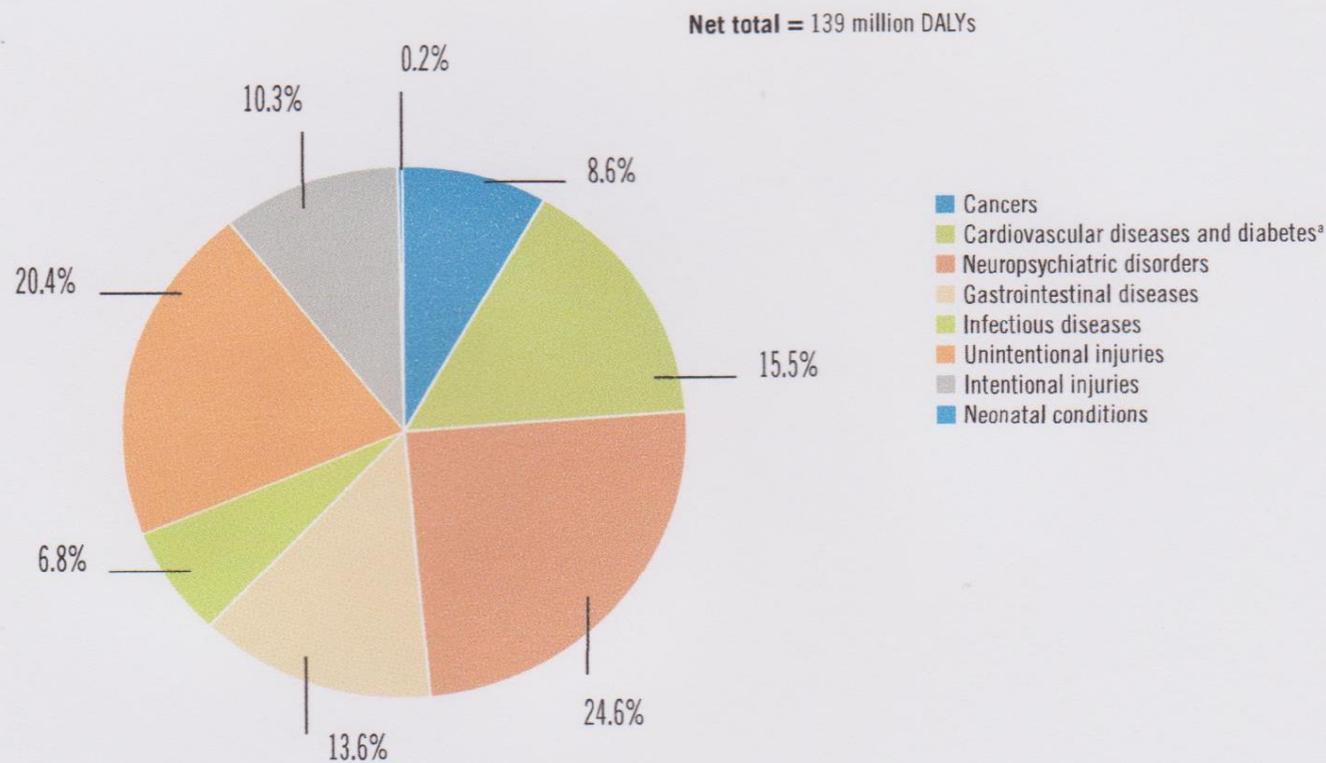
Disability Adjusted Life Years is a measure of overall disease burden, expressed as the cumulative number of years lost due to ill-health, disability or early death

$$= \text{YLD} + \text{YLL}$$

Years Lived with Disability + Years of Life Lost



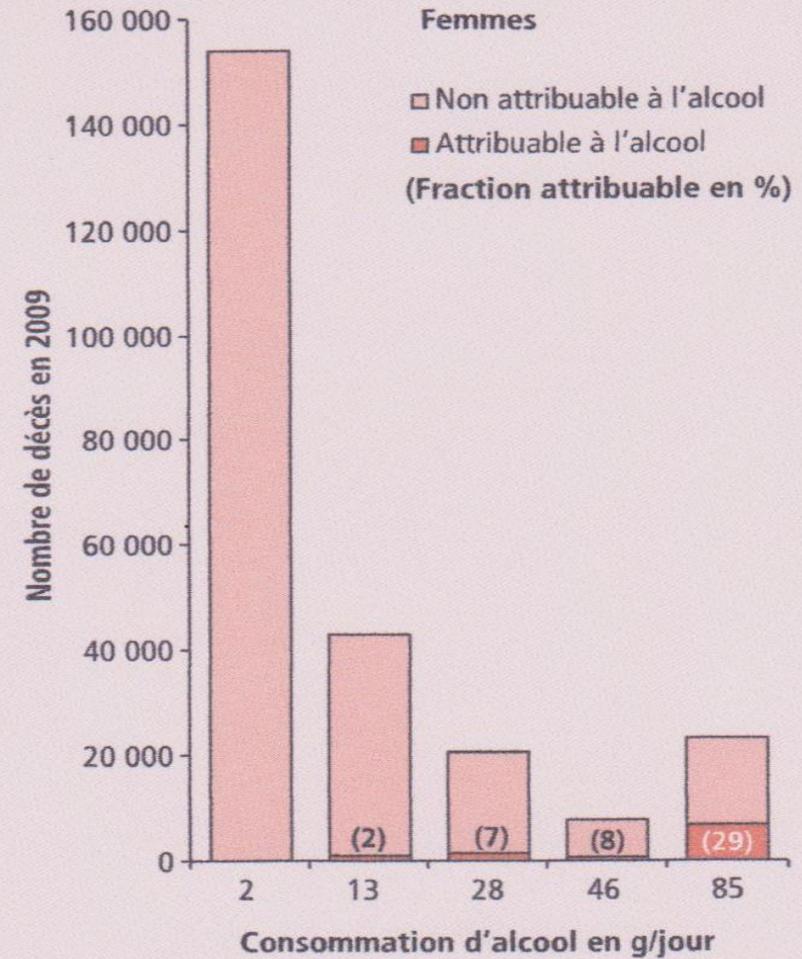
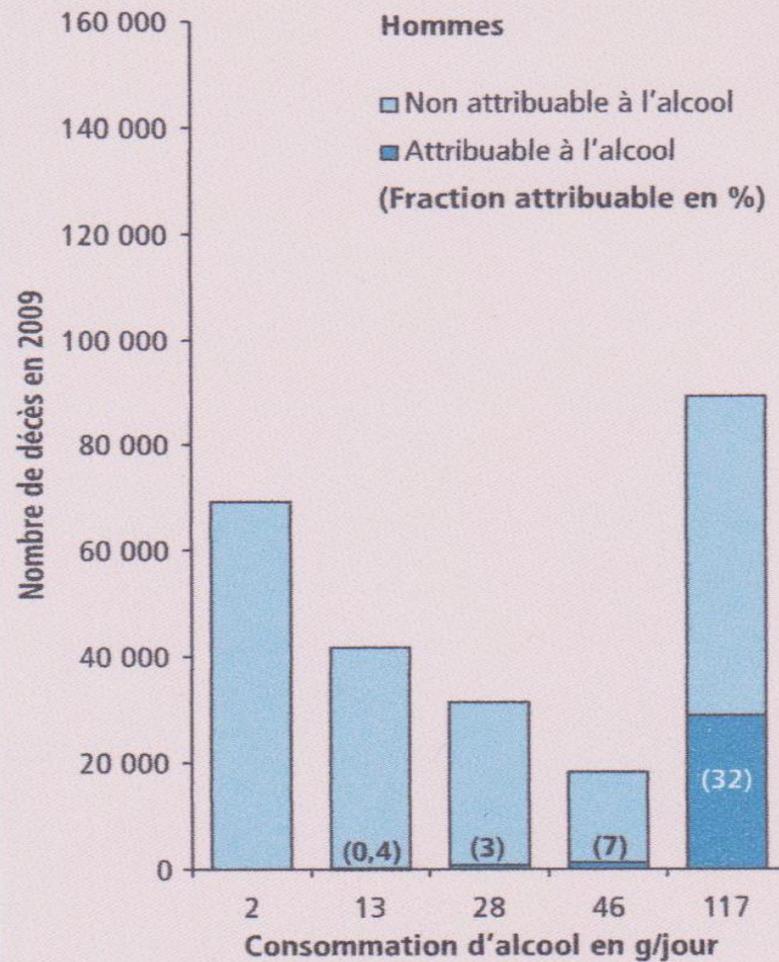
Figure 18. Distribution of alcohol-attributable burden of disease, as a percentage of all alcohol-attributable DALYs by broad disease category, 2012



^a Including beneficial effects of low-risk drinking patterns on some diseases.
Note: Percentages may not add up to 100% due to rounding.

Evidence d'un rapport dose . dépendant entre la consommation d'alcool et la apparition de certaines maladies, même si, à ce jour, aucun seuil n'a pu être mis en évidence

Figure 1 Nombre de décès attribuables et non attribuables à l'alcool par classe de dose et par sexe, pour les causes autres que les causes externes, France / Figure 1 Number of deaths attributable and not attributable to alcohol by dose category and gender, for causes other than external, France



**CE QUI SE CONCOIT BIEN S'ENONCE
CLAIREMENT À**

L'UNITE D'ALCOOL

1 UNITE D'ALCOOL = 1 VERRE STANDARD

(tel que servi dans l'Horeca)

1 unité standard d'alcool en Europe = + ou . 10
grammes d'alcool

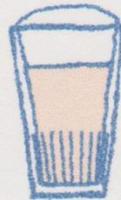
LES EQUIVALENCES

Tableau des équivalences en verres

Il y a autant d'alcool pur, 10 g, dans tous les verres habituellement servis dans les cafés, c'est-à-dire une unité.



un verre de vin
rouge ou blanc



un verre
de bière 25 cl



un whisky



un porto



un digestif

Tableau des équivalences en bouteilles



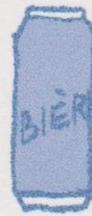
une bouteille
de vin
à 12°(75 cl)
= 7 unités



une petite
bouteille de
bière à 5°(25 cl)
= 1 unité



une canette
de bière
à 5°(33 cl)
= 1,5 unité



une canette
de bière
à 10°(50 cl)
= 4 unités



une bouteille
de champagne
à 12°(75 cl)
= 7 unités



une bouteille
de porto
à 20°(75 cl)
= 12 unités



une bouteille
de whisky
à 40°(70 cl)
= 22 unités



une bouteille
de pastis
à 45°(70 cl)
= 25 unités



une bouteille
de digestif
à 40°(70 cl)
= 22 unités

Formule pour calculer la dose d'alcool en grammes :

Volume exprimé en dl x nombre de degrés x 0,8 (densité de l'alcool)

RECOMMANDATIONS DE CONSOMMATION A MOINDRE RISQUE

Pour l'OMS,

Consommation dangereuse = niveau ou mode de consommation dont il est probable qu'il aboutisse à des effets nocifs si les habitudes de consommation observées persistent

Il n'existe cependant pas d'accord sur le niveau de consommation devant être considéré comme dangereux

°Recommandations SFA (<-> OMS) :

- * Consommation ponctuelle : pas plus de 4 unités en 1 occasion
- * Consommation chronique, équivalant à la consommation d'alcool au moins 5 jours par semaine :
 - femmes : pas plus de 2 unités par jour (< 14 / semaine)
 - hommes : pas plus de 3 unités par jour (< 21 / semaine)
 - au moins 1 jour par semaine sans boissons alcoolisées

* 0 unité d'alcool dans les situations à risque : situations nécessitant

vigilance et attention (conduite automobile, utilisation d'outils dangereux), situations fragilisant l'individu (prises de certains médicaments interagissant avec l'alcool maladies aiguës ou chroniques telles que pancréatite hépatite, épilepsie, etc.), grossesse, enfance

* Recommandations Conseil Supérieur de la Santé 2017 . 2018 :

pas plus de 10 verres par semaine , hommes et femmes

* Recommandations Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen :

barre des 10 verres depuis 2015 !

Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies



Angela M Wood, Stephen Kaptoge, Adam S Butterworth, Peter Willeit, Samantha Warnakula, Thomas Bolton, Ellie Paige, Dirk S Paul, Michael Sweeting, Stephen Burgess, Steven Bell, William Astle, David Stevens, Albert Koulman, Randi M Selmer, W M Monique Verschuren, Shinichi Sato, Inger Njåstad, Mark Woodward, Veikko Salomaa, Børge G Nordestgaard, Bu B Yeap, Astrid Fletcher, Olle Melander, Lewis H Küller, Beverley Balkau, Michael Marmot, Wolfgang Koenig, Edoardo Casiglia, Cyrus Cooper, Volker Arndt, Oscar H Franco, Patrik Wennberg, John Gallacher, Agustín Gómez de la Cámara, Henry Völzke, Christina C Dahm, Caroline E Dale, Manuela M Bergmann, Carlos J Crespo, Yvonne T van der Schouw, Rudolf Kaaks, Leon A Simons, Pagona Lagiou, Josje D Schoufour, Jolanda M A Boer, Timothy J Key, Beatriz Rodríguez, Conchi Moreno-Iribas, Karina W Davidson, James O Taylor, Carlotta Sacerdote, Robert B Wallace, J Ramon Quiros, Rosario Tumino, Dan G Blazer II, Allan Linneberg, Makoto Daimon, Salvatore Panico, Barbara Howard, Guri Skeie, Timo Strandberg, Elisabete Weiderpass, Paul J Nietert, Bruce M Psaty, Daan Kromhout, Elena Salamanca-Fernandez, Stefan Kiechl, Harlan M Krumholz, Sara Griani, Domenico Palli, José M Huerta, Jackie Price, Johan Sundström, Larratiz Arriola, Hisatomi Arima, Ruth C Travis, Demosthenes B Panagiotakos, Anna Karakatsani, Antonia Trichopoulos, Tilman Kühn, Diederick E Grobbee, Elizabeth Barrett-Connor, Natasja van Schoor, Heiner Boeing, Kim Overvad, Jussi Kauhanen, Nick Wareham, Claudia Langenberg, Nita Forouhi, Maria Wennberg, Jean-Pierre Després, Mary Cushman, Jackie A Cooper, Carlos J Rodríguez, Masaru Sakurai, Jonathan E Shaw, Matthew Knulman, Trudy Voortman, Christa Meisinger, Anne Tjønneland, Hermann Brenner, Luigi Palmieri, Jean Dallongeville, Eric J Brunner, Gerd Assmann, Maurizio Trevisan, Richard F Gillum, Ian Ford, Naveed Sattar, Mariana Lazo, Simon G Thompson, Pietro Ferrari, David A Leon, George Davey Smith, Richard Peto, Rod Jackson, Emily Banks, Emanuele Di Angelantonio, John Danesh, for the Emerging Risk Factors Collaboration/EPIC-CVD/UK Biobank Alcohol Study Group*

Summary

Background Low-risk limits recommended for alcohol consumption vary substantially across different national guidelines. To define thresholds associated with lowest risk for all-cause mortality and cardiovascular disease, we studied individual-participant data from 599 912 current drinkers without previous cardiovascular disease.

Methods We did a combined analysis of individual-participant data from three large-scale data sources in 19 high-income countries (the Emerging Risk Factors Collaboration, EPIC-CVD, and the UK Biobank). We characterised dose-response associations and calculated hazard ratios (HRs) per 100 g per week of alcohol (12.5 units per week) across 83 prospective studies, adjusting at least for study or centre, age, sex, smoking, and diabetes. To be eligible for the analysis, participants had to have information recorded about their alcohol consumption amount and status (ie, non-drinker vs current drinker), plus age, sex, history of diabetes and smoking status, at least 1 year of follow-up after baseline, and no baseline history of cardiovascular disease. The main analyses focused on current drinkers, whose baseline alcohol consumption was categorised into eight predefined groups according to the amount in grams consumed per week. We assessed alcohol consumption in relation to all-cause mortality, total cardiovascular disease, and several cardiovascular disease subtypes. We corrected HRs for estimated long-term variability in alcohol consumption using 152 640 serial alcohol assessments obtained some years apart (median interval 5.6 years [5th–95th percentile 1.04–13.5]) from 71 011 participants from 37 studies.

Findings In the 599 912 current drinkers included in the analysis, we recorded 40 310 deaths and 39 018 incident cardiovascular disease events during 5.4 million person-years of follow-up. For all-cause mortality, we recorded a positive and curvilinear association with the level of alcohol consumption, with the minimum mortality risk around or below 100 g per week. Alcohol consumption was roughly linearly associated with a higher risk of stroke (HR per 100 g per week higher consumption 1.14, 95% CI, 1.10–1.17), coronary disease excluding myocardial infarction (1.06, 1.00–1.11), heart failure (1.09, 1.03–1.15), fatal hypertensive disease (1.24, 1.15–1.33); and fatal aortic aneurysm (1.15, 1.03–1.28). By contrast, increased alcohol consumption was log-linearly associated with a lower risk of myocardial infarction (HR 0.94, 0.91–0.97). In comparison to those who reported drinking >0–≤100 g per week, those who reported drinking >100–≤200 g per week, >200–≤350 g per week, or >350 g per week had lower life expectancy at age 40 years of approximately 6 months, 1–2 years, or 4–5 years, respectively.

Interpretation In current drinkers of alcohol in high-income countries, the threshold for lowest risk of all-cause mortality was about 100 g/week. For cardiovascular disease subtypes other than myocardial infarction, there were no clear risk thresholds below which lower alcohol consumption stopped being associated with lower disease risk. These data support limits for alcohol consumption that are lower than those recommended in most current guidelines.

Lancet 2018; 391: 1513–23

See Comment page 1460

*Other investigators of the Emerging Risk Factors Collaboration are listed in the appendix p 48

Department of Public Health and Primary Care, University of Cambridge, Cambridge, UK (A M Wood PhD, S Kaptoge PhD, A S Butterworth PhD, P Willeit MD, S Warnakula PhD, T Bolton MMath, D S Paul PhD, M Sweeting PhD, S Burgess PhD, S Bell PhD, W Astle PhD, D Stevens MSc, Prof S G Thompson FMedSci, E Di Angelantonio MD, Prof J Danesh FMedSci); Medical University Innsbruck, Innsbruck, Austria (P Willeit, Prof S Kiechl MD); National Centre for Epidemiology and Population Health, Australian National University, Canberra, Australia (E Paige PhD, Prof F Barak PhD); MRC Biostatistics Unit, Cambridge Institute of Public Health, University of Cambridge, Cambridge, UK (S Burgess); NIHR BRC Nutritional Biomarker Laboratory, University of Cambridge, Cambridge, UK (A Koulman PhD); Norwegian Institute of Public Health, Oslo, Norway (R M Selmer PhD); National Institute for Public Health and the Environment,

Au-delà de 10 unités d'alcool par semaine, tout verre consommé en plus est égal à 15 minutes de vie perdue

Réflexions :

- recommandations émises à titre indicatif, adaptation à envisager au cas par cas car nous sommes pas tous égaux face à l'alcool
- recommandations plus précises que consommation responsable, modérée ò
- néanmoins, possibilité de vision binaire du risque lié à la consommation d'alcool

**TOUT LE MONDE N'EST PAS EGAL FACE A
LE PALCOOL !**

INEGALITES FACE A L'ALCOOL :

- SEXE : plus grande vulnérabilité des femmes face à l'alcool
- AGE : plus grande vulnérabilité des enfants des adolescents et des personnes âgées
- HEREDITE :
 - * inégalité d'ordre génétique quant à la vitesse de dégradation de l'alcool
 - * acétaldéhyde déshydrogénase et population asiatique
 - * héritabilité de l'alcoolodépendance estimée à 50 %
- MEDICAMENTS
- MORBIDITE

CATEGORIES DE CONSOMMATEURS

CATEGORIES DE CONSOMMATEURS

°NON USAGE . ABSTINENT PRIMAIRE OU SECONDAIRE

°USAGE A FAIBLE RISQUE . CONSOMMATEUR ANODIN

°MESUSAGE

* USAGE A RISQUE . CONSOMMATEUR A RISQUE

* USAGE NOCIF . CONSOMMATEUR A PROBLEMES

* USAGE AVEC DEPENDANCE . CONSOMMATEUR
DEPENDANT

°NON USAGE È ABSTINENT PRIMAIRE OU SECONDAIRE :

⇒ Toute conduite à l'égard des boissons alcoolisées caractérisée par l'absence de consommation ⇒

° USAGE A FAIBLE RISQUE È CONSOMMATEUR ANODIN :

⇒ Toute conduite à l'égard des boissons alcoolisées ne posant pas de problème tant physique que psychologique ou social ⇒

La consommation reste inférieure ou égale aux seuils définis par l'OMS, et se fait en dehors de toute situation à risque

°USAGE A RISQUE È CONSOMMATEUR A RISQUE :

⇒ Toute conduite à l'égard des boissons alcoolisées où la consommation est supérieure aux seuils définis par l'OMS et non encore associée à un quelconque dommage physique, psychique ou social, dépendance incluse , mais susceptible d'en induire à court, moyen ou long terme ⇒

= aussi consommations = ou < aux seuils de l'OMS quand elles sont associées à une situation à risque et / ou à un risque individuel particulier

- > usage ponctuel ou régulier

°USAGE NOCIF È CONSOMMATEUR A PROBLEMES :

± Toute conduite à l'égard des boissons alcoolisées caractérisée par l'existence de au moins un dommage physique , psychologique ou social induit par l'alcool , quels que soient la fréquence et le niveau de consommation d'alcool et par l'absence de dépendance à l'alcool ±

°USAGE AVEC DEPENDANCE È CONSOMMATEUR DEPENDANT :

⇒ Toute conduite à l'égard des boissons alcoolisées caractérisée par la perte de la maîtrise de la consommation ; l'usage avec dépendance ne se définit donc pas par rapport à un seuil ou une fréquence de consommation, ni par l'existence de dommages induits qui néanmoins sont souvent associés ⇒

* FOUQUET :

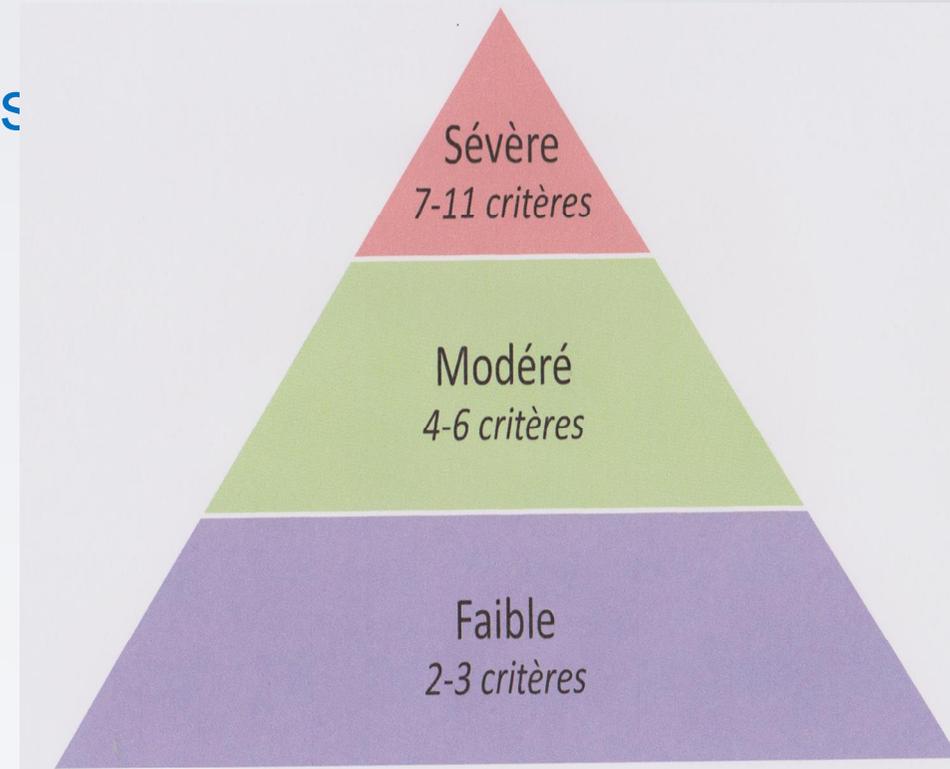
⇒ La dépendance est la perte de la liberté de se abstenir ⇒

* DSM 5

Trouble lié à l'usage d'alcool

critères	DSM-IV <i>dépendance</i>	DSM-IV <i>abus</i>	DSM5 <i>Trouble lié à l'usage d'alcool</i>
Désir persistant	X		X
Perte de contrôle	X		X
Temps passé	X		X
Tolérance	X		X
Syndrome de sevrage	X		X
Abandon des activités	X		X
Poursuite malgré les conséquences physiques et psychologiques	X		X
Incapacité à remplir obligations majeures		X	X
Situations dangereuses		X	X
Problèmes judiciaires		X	
Utilisation répétée malgré les problèmes sociaux		X	X
Craving			X

Diagnostic établi sur une période de 12 mois,
lorsque 2 parmi les 11 critères sont présents



- > INTERET THERAPEUTIQUE !

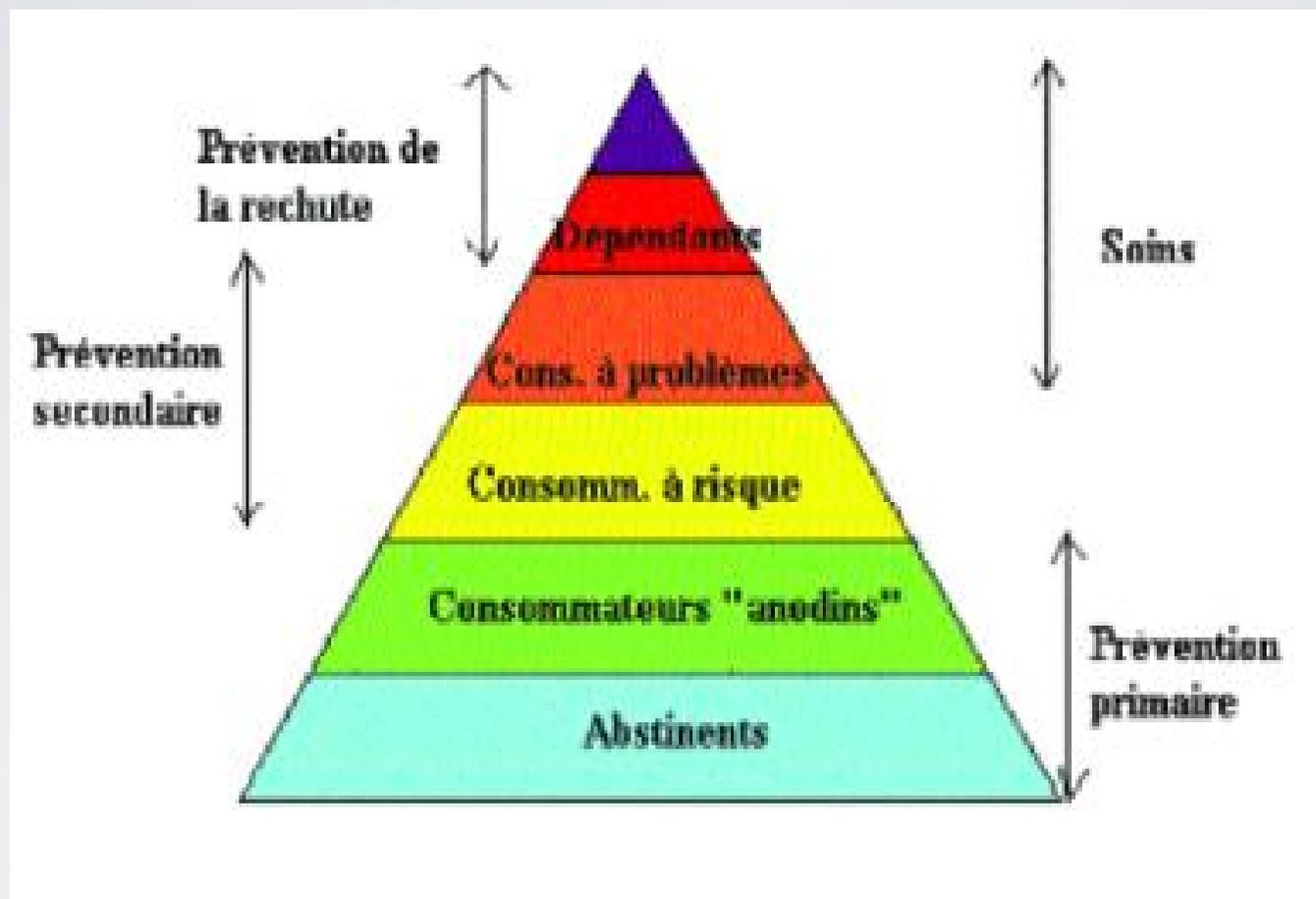
°BINGE DRINKING :

Pas de définition universelle

* OMS : consommation épisodique massive , au moins 6 UA, en une même occasion

* NIAAA : consommation $>$ ou $=$ à 5 UA chez l'homme et $>$ ou $=$ à 4 UA chez la femme , en un laps de temps restreint, souvent défini comme 2 heures, dans le but d'atteindre l'ivresse

PYRAMIDE DE SKINNER



= CONTINUUM !!!

QUELLE EST L'IMPORTANCE DU MESUSAGE D'ALCOOL ?

2003 : PROBEX AUDIT WALLONIE BRUXELLES

Communauté Française . 40 médecins de famille ayant reçu une formation spécifique de repérage, de diagnostic et de prise en charge . AUDIT . 2079 questionnaires analysés

25 % mésusage d'alcool

8 % usage à
risque

8 % usage
nocif

8 % usage
avec
dépendance

MESUSAGE DE L'ALCOOL ET AGE

2003 : PROBEX AUDIT WALLONIE BRUXELLES

	AUDIT positifs		AUDIT négatifs		Total
	n	%	n	%	n
< 25 ans	31	18,1	140	81,9	171
25-34 ans	109	28	280	72	389
35-44 ans	89	20,1	354	79,9	443
45-54 ans	121	32,3	254	67,7	375
55-64 ans	89	30,7	201	69,3	290
>65 ans	66	18,7	283	81,1	349
Total	505	25	1512	75	2017

ENQUETE 2010 FEDERATION WALLONIE È BRUXELLES

La santé des élèves dans l'enseignement secondaire

84.7% ont déjà expérimenté

Binge drinking

- 29,4 % \geq 2 fois en 1 mois
- 18,7 % \geq 3 fois en 1 mois

23% consomment plus d'1 fois par semaine

Tableau 18 : Ivresse répétée, consommation hebdomadaire et quotidienne et binge drinking au cours des 12 derniers mois chez les élèves de 12-20 ans scolarisés en FWB. Enquête HBSC 2010

	12-14 ans	15-17 ans	18-20 ans	12-20 ans
	%	%	%	%
Ivresse répétée ($>$ 1 fois) sur la vie	9,4	36,8	53,0	29,8
Ivresse (\geq 1 fois) les 30 derniers jours	7,7	25,8	37,6	21,4
Ivresse répétée (\geq 3 fois) les 30 derniers jours	2,0	7,0	13,3	6,3
Alcool quotidien (au moins un verre)	1,1	2,7	5,1	2,5
Binge drinking (\geq 2 fois) les 30 derniers jours	11,8	36,2	47,6	29,4
Binge drinking (\geq 3 fois) les 30 derniers jours	6,5	22,8	32,4	18,6

Source : Patrick de Smet, communication personnelle

2 POPULATIONS A RISQUE :

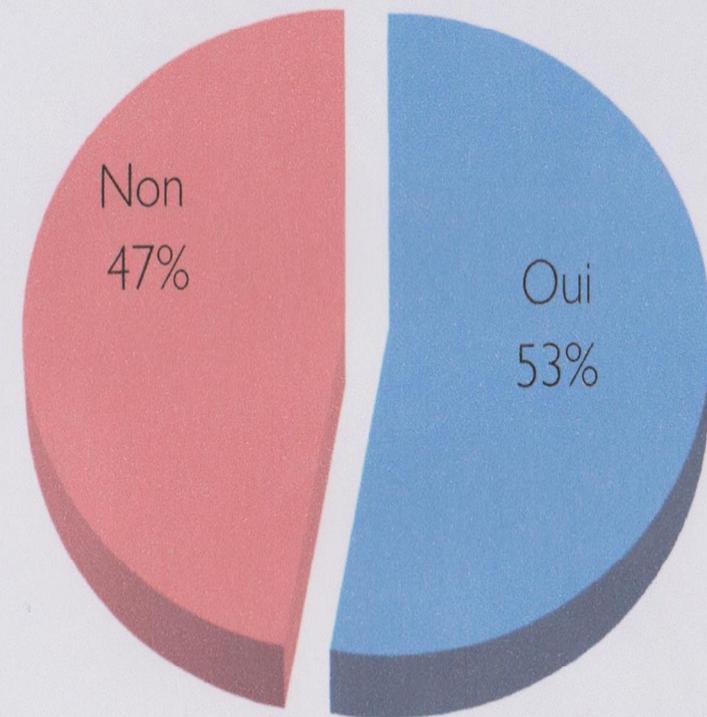
- 15 -> 24 ANS : BINGE DRINKING**
- 45 -> 64 ANS : CONSOMMATION REGULIERE**

**LE MEDECIN DE FAMILLE POSE-T-IL
SYSTEMATIQUEMENT LA QUESTION DE LA
CONSOMMATION D'ALCOOL ?**

ENQUETE ALCOOL SSMG 2012

Enquête auprès de 2288 médecins membres de la SSMG, sollicités par mail - formulaire de 24 questions à répondre en ligne .
taux de réponse : 19 %

Oui	232	53%
Non	202	47%



Posez-vous systématiquement la question de la consommation d'alcool dans l'anamnèse ?

Une fois sur deux , pourquoi ?

- Sentiment de manque de connaissances et de compétences appropriées, et confiance insuffisante en ses capacités (32 % des médecins de famille)
- Manque de temps, de support organisationnel et d'incitants financiers
- Peur de voir la relation avec le patient affectée
- Manque de motivation en relation avec le manque de honnêteté supposé ou avéré des patients , avec le manque de conscience des ceux-ci quant à leur consommation problématique d'alcool, avec la perspective d'un pronostic peu favorable
- Attitude stigmatisante
- Relation personnelle du médecin à l'alcool

ET POURTANT À

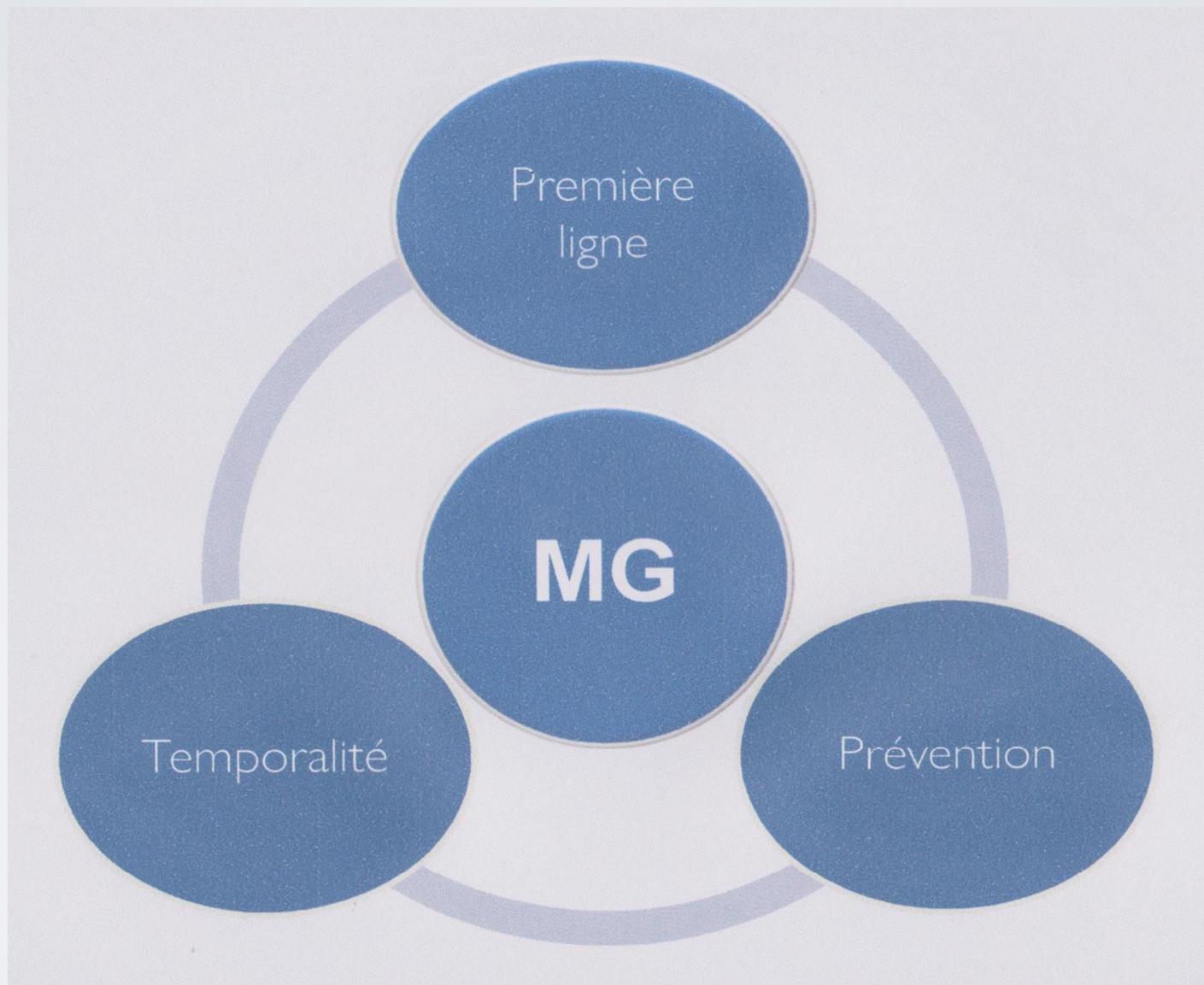
En 2008, 79 % des citoyens belges ont eu un contact avec un médecin généraliste

Nombre moyen de contacts par patient par an : 5,85

Pour la population, le médecin de famille est un acteur clé, digne d'une grande fidélité, capable d'un suivi longitudinal sur une longue période

Il est facilement accessible et le coût individuel et sociétal de son intervention est faible

Le médecin de famille a une place privilégiée dans la
PREVENTION



REPERAGE PRECOCE

REPERAGE SYSTEMATIQUE VERSUS SELECTIF

- ° 1 patient sur 2 présentant un mésusage d'alcool n'est pas détecté
- ° Aborder la question d'alcool avec tous les patients susceptibles de consommer, rencontrés lors de nos consultations : application systématique semblant illusoire
- ° Repérage devant toute situation particulière ou à risque

EN PRATIQUE :

° 1^{ère} consultation

° patients appartenant à certaines catégories à haut risque de boire en excès : adolescents et jeunes adultes, 45-64 ans, fumeurs, Horeca

° patients présentant des symptômes, des signes cliniques, des tests de laboratoire altérés ou encore des pathologies pouvant être liées à une consommation inadéquate d'alcool : HTA , arythmie cardiaque, dyspepsie , troubles hépatiques, dépression, anxiété, troubles du sommeil, traumatismes répétés

° patients souffrant d'une maladie chronique ne réagissant pas au traitement : HTA, dépression, cardiopathie, troubles gastrointestinaux, douleurs chroniques , diabète

°patients se trouvant dans des situations à risque élevé : femmes enceintes ou avec désir de grossesse, risque professionnel, comorbidité , troubles psychiatriques, âge avancé

°patient concerné par la prescription d'un médicament connu pour interagir avec l'alcool : antidépresseurs, BZDPs, antalgiques d'action centrale, antihistaminiques, myorelaxants, antibiotiques, AINS, warfarine

° face à certains signaux : changements négatifs sur le plan physique , psychologique ou social , inquiétude de l'entourage

NOTER AU DOSSIER

OUTILS DU REPERAGE PRECOCE :

MARQUEURS BIOLOGIQUES

- ° gammaGT , Carbohydrate Deficient Transférase , MCV
- ° faible sensibilité et spécificité dans le domaine du dépistage
- ° **PAS DE PLACE POUR EUX DANS LE REPERAGE PRECOCE**
; par contre , une anomalie de ces marqueurs doit faire suspecter un mésusage d'alcool

OUTILS DU REPERAGE PRECOCE :

CONSOMMATION DECLAREE D'ALCOOL (CDA)

- ° Poser la question : «vous arrive-t-il de consommer de la bière, du vin ou de l'alcool ? »
- ° Déterminer la CDA , exprimée en unités standards d'alcool, en consultant des tableaux des équivalences
- ° Se renseigner sur la quantité consommée, mais aussi sur la fréquence de consommation

OUTILS DU REPERAGE PRECOCE :

QUESTIONNAIRES

AUDIT

AUDIT C

FACE

CAGE

Élaborés pour aider le praticien à aborder la question de l'alcool avec le patient , permettent surtout de préciser le type de mésusage lorsque la CDA nous en révèle un

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

- ° autoquestionnaire
- ° sensibilité et spécificité d'environ 90 %
- ° 10 questions avec 5 choix de réponse notées de 0 à 4 points

QUESTIONNAIRE AUDIT

Voici un questionnaire qui va vous permettre de faire le point sur votre consommation d'alcool. Quand vous l'aurez rempli, votre médecin vous aidera à en analyser les résultats. Après avoir lu attentivement l'énoncé d'une question, choisissez la réponse qui vous correspond le mieux et indiquez dans la colonne de droite le score correspondant (0, 1, 2, 3 ou 4).

	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 d'avantage 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 votre 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 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 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	
TOTAL DES SCORES						

Si le total est ≥ 6 pour une femme ou ≥ 7 pour un homme, votre consommation de boissons alcoolisées présente vraisemblablement des risques pour votre santé. N'hésitez pas à en parler à votre médecin.

AUDIT

° < 6 femmes et < 7 hommes : consommation à moindre risque

° > ou = à 6 femmes et > ou = 7 hommes : consommation à risque ou nocive

° > 12 femmes et hommes : usage avec dépendance soupçonné

AUDIT C

°3 premières questions de l'AUDIT

Questionnaire

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

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

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

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

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

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

AUDIT C

°> ou = à 3 femmes et > ou = à 4 hommes : mésusage d'alcool

°> ou = 7 femmes et hommes : usage avec dépendance soupçonné

FACE (Formule pour Approcher la Consommation par Entretien)

°hétéroquestionnaire de formulation aisée

°sensibilité et spécificité proches de celle de l'AUDIT

°5 questions dont les 2 premières portent sur les 12 derniers mois, cotées de 0 à 4

Questionnaire Face

1- A quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?

- Jamais 0
- 1 fois par mois au moins 1
- 2 à 4 fois par mois 2
- 2 à 4 fois par semaine 3
- 4 fois par semaine ou plus 4

Points : ...

2- Combien de verres standard buvez-vous les jours ou vous buvez de l'alcool ?

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

Points : ...

3- Votre entourage vous a-t-il fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?

- Non 0
- Oui 4

Points : ...

4- Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

- Non 0
- Oui 4

Points : ...

5- Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?

- Non 0
- Oui 4

Points : ...

TOTAL : ...

RESULTATS

Pour les hommes		Pour les femmes	
Moins de 5 points	risque faible ou nul	Moins de 4 points	risque faible ou nul
De 5 à 8 points	consommation excessive	De 4 à 8 points	consommation excessive
Plus de 8 points	dépendance probable	Plus de 8 points	dépendance probable

FACE

- ° < 4 femmes et < 5 hommes : risque faible ou nul
- ° 4 à 8 femmes et 5 à 8 hommes : consommation excessive d'alcool probable
- ° > 8 femmes et hommes : alcoolodépendance probable

**CAGE (Cut-down , Annoyed , Guilty , Eye-opener)
ou DETA (Diminuer , Entourage , Trop , Alcool)**

Questionnaire CAGE-DETA (Alcool)

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 ?

→ Une réponse positive à deux questions sur quatre est un bon critère prédictif d'un problème de consommation d'alcool.

INTERVENTION BREVE

Intervention brève =

- °est une technique de prévention secondaire, sans médication à la clé
- °présente des variations quant à sa durée et à son contenu
- °s'adresse à des patients ayant un usage à risque ou un usage nocif, catégories pour lesquelles elle est validée
- °vise avant tout une réduction de la consommation de alcool et non une abstinence, l'objectif étant de retourner à une consommation à moindre risque
- °doit se faire sans jugement

LE BUT ULTIME DE L'INTERVENTION BREVE EST D'AMPLIFIER UNE MOTIVATION AU CHANGEMENT

Afin de faciliter sa réalisation , on peut s'inspirer :

- de l'acronyme FRAMES
- des techniques de l'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

FRAMES

°Feed-back : - informer sur les risques généraux d'une consommation d'alcool inadéquate et , s'il y a lieu , sur les conséquences physiques et psychologiques repérées chez le patient

- renvoyer un feed-back positif , par le soutien par exemple , afin d'encourager le changement

°Responsability : - insister sur la responsabilité et la liberté décisionnelle du patient quant à sa consommation d'alcool

- le choix du changement lui appartient : ce n'est pas du ressort du thérapeute

°Advice : - donner un conseil de modération de consommation

° **Menu** : - offrir le choix quant aux modifications de comportement afin d'obtenir une meilleure compliance ; le patient fixe lui-même son objectif (diminution, arrêt ou stabilisation de la consommation)

- suggérer au patient des moyens pour limiter sa consommation

° **Empathy** : - adopter une attitude bienveillante et non confrontante

° **Self-efficacy** : - encourager le patient à utiliser ses propres ressources et à croire en ses capacités de changement

OUI



NON



ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

= méthode clinique de communication basée sur une écoute active, des questions ouvertes, des reformulations, des synthèses de propos, visant à promouvoir le changement par l'intermédiaire de différentes stratégies

° découvrir et comprendre la motivation du patient ; la motivation est essentielle au changement : c'est une piste à suivre quelle que soit son intensité . La motivation est propre à chacun ; il faut s'intéresser au contexte du changement , à la perception des avantages et inconvénients liés à un comportement et au changement de celui-ci

° éviter le réflexe correcteur au risque de créer une résistance ou de provoquer des réactions paradoxales ; garder à l'esprit que le chemin est différent pour tout un chacun

°adopter une attitude empathique, permettant de visualiser les propos du patient en émettant aucun jugement ; il ne s'agit pas d'approuver les propos du patient , mais de les comprendre , ce qui favorise l'alliance thérapeutique et l'estime de soi du patient

°développer le sentiment d'efficacité personnelle, renforcer la confiance du patient dans ses capacités à changer

°aider le patient à adopter un discours . changement , mettant en balance les inconvénients du statu quo et les avantages du changement ; favoriser le changement intrinsèque , et donc l'autonomie du patient , et non le changement imposé par un intervenant extérieur

°rouler avec la résistance, et donc respecter les 2 faces de l'ambivalence, la résistance faisant partie du processus normal de changement ; considérer la résistance comme une source d'informations plutôt que comme un obstacle, et la désamorcer plutôt que de l'amplifier

°développer la divergence en reflétant les divergences entre les comportements du patient et ses valeurs, en s'attardant particulièrement sur les arguments en faveur du changement exprimés par le patient, le but ultime étant de résoudre l'ambivalence

Toutes ces stratégies poursuivent le même but :

Aider le patient à prendre la décision de modifier sa consommation d'alcool .

La démarche d'ensemble repose sur la mise à jour progressive et l'analyse de l'ambivalence (coexistence chez le patient de l'envie et de la peur de changer), jusqu'à ce que le patient perçoive plus d'avantages que d'inconvénients à changer de comportement

Intervention brève = outil méthodologique simple et de courte durée (quelques minutes à 30 minutes), construits sur quelques éléments :

°expliquer au patient à quelle catégorie de consommateur il appartient après avoir défini l'unité d'alcool à l'aide d'un support visuel, avoir déterminé la CDA et en analysant avec lui les résultats du questionnaire auquel il a répondu

°expliquer les risques liés à la consommation d'alcool et expliciter les recommandations de l'OMS pour une consommation à moindre risque

°défendre l'intérêt d'une réduction de la consommation d'alcool en fonction des informations récupérées tout au long de la consultation, en mettant le doigt sur les possibles conséquences de la consommation d'alcool retrouvées chez le patient

°proposer des méthodes de réduction de la consommation d'alcool parmi lesquelles le patient pourra faire son choix en fonction de ses préférences :

- commencer à boire plus tard dans la journée
- choisir des jours de semaine sans consommation
- remplacer la prise d'alcool à certains moments particuliers (stress, ennui,..) par d'autres activités
- modifier la façon de consommer (siroter , déterminer le nombre de verres qui seront bus, alterner boissons alcoolisées et softs, ò)
- apprendre à refuser un verre

°établir des objectifs clairs et réalistes en collaboration avec le patient

°proposer une réévaluation

°remettre au patient un livret informatif résumant ces propos

La pratique du RPIB reste nettement insuffisante ; la fréquence moyenne des patients ayant une problématique de mésusage d'alcool pris en charge est très faible .

POURTANT , certaines méta-analyses concernant le RPIB sont positives :

- ° diminution de la consommation d'alcool chez les hommes jusqu'à 48 mois de suivi
- ° diminution de la mortalité liée à l'alcool dans la population générale (mais pas de la mortalité totale)
- ° NST -> réduction d'alcool = 8
- ° NST prévention 1 décès par an = 282
- ° intervention brève minimale suffisante vu qu'il n'y a pas de lien entre la durée de celle-ci et son efficacité

EN PRATIQUE

- 1) POSER LA QUESTION DE L'ALCOOL
- 2) FAIRE LE POINT SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL DU PATIENT (unité d'alcool standard , tableaux des équivalences, CDA, questionnaires FACE et AUDIT)
- 3) ETABLIR UN DIAGNOSTIC(non-usage, usage à faible risque, usage à risque, usage nocif, usage avec dépendance)
- 4) EFFECTUER UNE INTERVENTION CIBLEE EN FONCTION DU DIAGNOSTIC
- 5) PROPOSER AU PATIENT UN SUIVI, et lui remettre un livret informatif

EN CONCLUSION

NOUS NE SOMMES PAS DES SUPER HEROS

Le médecin de famille doit connaître et assumer les limites de son intervention

Le patient reste libre de ses choix, et nous devons les respecter

Le médecin de famille ne doit pas craindre de référer, mais doit rester le point d'ancrage et de relais

**MERCI POUR VOTRE
ATTENTION**

