



Conférence de consensus

Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant

17 mars 1999

Maison de la Chimie - Paris

TEXTE DES RECOMMANDATIONS

PARTENAIRES

Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie
Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme
Association Pédagogique Nationale pour l'Enseignement de la Thérapeutique
Collège Universitaire National des Enseignants de la capacité Toxicomanies-Alcoologie-Tabacologie
Collège National des Généralistes Enseignants
Fédération Française des Centres d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie
Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanias
Société Belge d'Alcoologie
Société de Formation Thérapeutique du Généraliste
Société Française de Pharmacologie
Société Francophone d'Urgences Médicales
Società Italiana di Alcolologia
Société Nationale Française de Gastro-entérologie
Société Nationale Française de Médecine Interne
Sociedade Portuguesa de Alcolologia
Société Suisse d'Alcoologie
Société de Tabacologie

Avec la participation de la Fédération Française de Psychiatrie

AVANT PROPOS

Cette conférence a été organisée et s'est déroulée conformément aux règles méthodologiques préconisées par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES).

Les conclusions et recommandations présentées dans ce document ont été rédigées par le Jury de la conférence, en toute indépendance. Leur teneur n'engage en aucune manière la responsabilité de l'ANAES.

COMITÉ D'ORGANISATION

F. PAILLE, Président : Médecin Interniste, NANCY

J. ADÈS : Psychiatre, COLOMBES

JL. BALMÈS : Hépatogastroentérologue, NIMES

D. BARRUCAND : Psychiatre, LIMEIL-BREVANNES

JY. BÉNARD : Psychiatre, LA MEMBROLLE/CHOISILLE

F. CARPENTIER : Méthodologie ANAES, PARIS

A. DUROCHER : Méthodologie ANAES, PARIS

JD. FAVRE : Psychiatre, CLAMART

C. GILLET : Médecin du Travail, NANCY

F. GONNET : Médecin Interniste, LYON

Y. LE BARS : Médecin Généraliste, NIMES

C. ORSEL : Psychiatre, PARIS

D. PLAYOUST : Médecin Généraliste, TOURCOING

G. VACHONFRANCE : Psychiatre, PARIS

JURY

M. BAZOT, Président : Psychiatre, PARIS

JC. BOUIX : Médecin Généraliste, PARIS

F. CASAMITJANA : Diététicienne, NEUILLY

JP. CHEVREUL : Médecin Généraliste, SAINT PIERRE
DES CORPS

P. COUZIGOU : Hépatogastroentérologue, PESSAC

G. CRESPO : Assistante sociale, Conseillère du travail,
PARIS

J. DEMAZIÈRE : Médecin Urgentiste, LYON

J. FUSCIARDI : Anesthésiste Réanimateur, CHAMBRAY
LES TOURS

MC. HURARD : Réalisatrice audio-visuel, GRENOBLE

JM. MANTZ : Thérapeute, Réanimateur Médical,
STRASBOURG

P. MICHAUD : Médecin Généraliste, GENNEVILLIERS

JP. OLIÉ : Psychiatre, PARIS

G. PAU : Psychiatre, MONTAUBAN

C. PELLEGRINI : Infirmière, ROYAUMEIX

J. RANDU : Président de l'Association «La Croix d'Or»,
PARIS

D. ROUGERON-JOBIN : Médecin Généraliste, ANET

D. WAHL : Médecin Interniste, NANCY

EXPERTS

J. ADÈS : Psychiatre, COLOMBES
HJ. AUBIN : Psychiatre, LIMEIL-BREVANNES
P. BATEL : Psychiatre, CLICHY
F. BLANC : Médecin Interniste, MONTPELLIER
Y. BLANLŒIL : Anesthésiste-Réanimateur, NANTES
J. BOUGET : Médecin Urgentiste, RENNES
S. DALLY : Toxicologue, PARIS
T. DANIEL : Psychiatre, LILLE
C. GILLET : Médecin du Travail, NANCY

P. KIRITZE TOPOR : Médecin Généraliste, BEAUPREAU
M. LEJOYEUX : Psychiatre, PARIS
P. MOSSÉ : Economiste de la Santé, AIX EN PROVENCE
E. PALOMINO : Psychiatre, JONZAC
JP. PARÉJA : Psychiatre, LAXOU
D. PLAYOUST : Médecin Généraliste, TOURCOING
M. REYNAUD : Psychiatre, CLERMONT-FERRAND
JL. THÉRY : Médecin Généraliste, SAINT-DENIS
G. VACHONFRANCE : Psychiatre, PARIS

GROUPE BIBLIOGRAPHIQUE

C. BONDU : Psychiatre, LILLE
D. ERNOUF : Pharmacien, TOURS
P. GORWOOD : Psychiatre, COLOMBES
P. PERNEY : Hépatogastroentérologue, MONTPELLIER

P. PIROLLET : Médecin Interniste, NANCY
R. RITAINE : Médecin Généraliste, SAINT-OMER
S. TILIKETE : Psychiatre, LIMEIL-BREVANNES

L'organisation de cette conférence de consensus a été rendue possible grâce à l'aide apportée par :
ARDIX MEDICAL – CNAM – LIPHA SANTE – PHARMACIA UPJOHN – RHONE POULENC
RORER – RIOM CERM – ROCHE NICOLAS – SERVIER INTERNATIONAL –SMITHKLINE
BEECHAM

LES QUESTIONS POSÉES

QUESTION 1

Quelles sont les approches conceptuelles du sevrage ?

QUESTION 2

Quelles sont les indications et contre-indications du sevrage ?

QUESTION 3

Quelles sont les modalités de sevrage ?

QUESTION 4

Quelles modalités pratiques proposer lorsque l'alcoolodépendance est associée à une ou plusieurs substances psycho-actives ?

QUESTION 5

Quelles modalités pratiques proposer en cas d'association à d'autres pathologies ?

QUESTION 6

Quel traitement proposer devant un accident de sevrage ?

INTRODUCTION

Malgré une diminution régulière de la consommation moyenne d'alcool pur par an et par habitant depuis 1970, la France se situe au troisième rang européen, avec la morbidité et la mortalité qui en découlent. L'usage inadapté de l'alcool est la cause directe ou indirecte d'une consultation sur cinq en médecine générale, de 15 à 25% des hospitalisations, de 30 000 à 35 000 décès par an, dont 23 400 pour « alcoolisme chronique » en 1994. Il se traduit aussi dans de nombreux passages à l'acte, violences, suicides, accidents, etc,...

Les modes de boire sont très variables : abstinence pour une faible minorité, consommation coutumière pour une large majorité. Parmi les consommateurs coutumiers, les plus nombreux usent de l'alcool sur un mode culturel et convivial non dangereux, mais une forte minorité pose un problème de santé publique. Deux millions et demi d'entre eux - le plus souvent dénommés consommateurs « menacés », « à risque », « abuseurs » - peuvent encore contrôler leur consommation, un million et demi ont perdu cette liberté : ce sont les alcoolodépendants. Dans la pratique, la démarcation entre ces deux dernières catégories n'est pas toujours claire, ni facile à déterminer. Quoi qu'il en soit, ce modèle bidimensionnel de l'alcoolisme chronique, adopté par la communauté scientifique internationale, a l'intérêt d'introduire une indication thérapeutique ; le diagnostic de dépendance a en effet pour corollaire la nécessité d'un sevrage thérapeutique et d'une abstinence durable, car la cicatrice psychobiologique de la dépendance a fait l'objet de preuves expérimentales. Si les consommateurs abuseurs non dépendants peuvent être concernés par le sevrage, leur prise en charge n'exclut pas le retour éventuel à une consommation modérée et contrôlée.

Consensus relativement récent en France, l'alcoolisme est désormais considéré comme une maladie dont le traitement relève de l'intervention médicale et médico-sociale. Sa prise en charge s'impose d'abord et avant tout au regard des souffrances individuelles, familiales et sociales qu'il entraîne. Elle s'impose aussi du point de vue économique. Dans une analyse coûts avantages, les dépenses ultérieures évitées se révèlent beaucoup plus importantes que les dépenses liées à la prise en charge. Parmi les nombreux intervenants, l'absence ou l'insuffisance de formation en alcoologie et de recherche de concertation peuvent entraîner, par défaut de diagnostic ou d'indication thérapeutique, des complications sévères, des décès ou l'utilisation abusive de médicaments prescrits davantage par habitude que par référence à des données scientifiquement établies. Une démarche thérapeutique adaptée suppose un dépistage précoce de l'alcoolodépendance, à partir des données cliniques, paracliniques, et éventuellement l'usage de questionnaires standardisés.

Le sevrage thérapeutique ne prend tout son sens que lorsqu'il s'intègre dans une stratégie globale de soins du sujet alcoolodépendant. Il en constitue une étape incontournable et essentielle. Il assure la prévention et le traitement des symptômes de dépendance physique et des complications induites par la suppression brutale de l'alcool. Il a aussi pour fonction d'engager le patient dans un processus de soins continus, dans l'espoir d'obtenir le maintien de l'abstinence, à défaut une amélioration clinique à long terme. Moment de rupture, il favorise et renforce la prise de conscience de la dépendance à l'égard de l'alcool, prélude à la reconquête de l'autonomie et à la mise en œuvre d'un nouveau projet existentiel.

En France, le sevrage, à bien distinguer de la mythique cure de désintoxication, est souvent pratiqué au cours d'une hospitalisation de durée variable. Pour des raisons aussi bien théoriques qu'économiques, on assiste au développement récent d'alternatives ambulatoires, légères, pluridisciplinaires et de courte durée, d'efficacité identique. Elles ne sauraient s'appliquer aux cas les plus graves – avec leur potentialité de complications sévères du sevrage, crises convulsives, delirium tremens – ni aux pathologies complexes, avec la présence de comorbidités, tabagisme et toxicomanies illicites en particulier. En l'état actuel, les méthodes thérapeutiques utilisées lors du sevrage sont très variées, parfois iatrogènes. Les traitements médicamenteux, non médicamenteux, les indications d'hospitalisation, la durée optimum des traitements adaptée aux différentes formes

cliniques d'alcoolodépendance sont très variables selon les lieux, les modes d'exercice, le type de formation des soignants.

Les études contrôlées concernent essentiellement les prescriptions médicamenteuses, laissant le plus souvent dans l'ombre le contexte psychothérapeutique et sociothérapeutique dont la pratique a depuis longtemps confirmé l'indispensable bien-fondé dans l'accompagnement au long cours du malade alcoolodépendant.

En somme, les disparités des méthodes diagnostiques et thérapeutiques constatées dans le sevrage physique de l'alcoolodépendant nécessitent la mise en place d'une harmonisation et d'une rationalisation des stratégies. Ce constat a justifié la tenue d'une conférence de consensus le 17 mars 1999 à Paris. Durant cette conférence, le jury a répondu aux six questions suivantes :

- **Quelles sont les approches conceptuelles du sevrage ?**
- **Quelles sont les indications et contre-indications du sevrage ?**
- **Quelles sont les modalités de sevrage ?**
- **Quelles modalités pratiques proposer lorsque l'alcoolodépendance est associée à une ou plusieurs substances psycho-actives ?**
- **Quelles modalités pratiques proposer en cas d'association à d'autres pathologies ?**
- **Quel traitement proposer devant un accident de sevrage ?**

QUESTION 1 - QUELLES SONT LES APPROCHES CONCEPTUELLES DU SEVRAGE ?

LA NOTION DE SEVRAGE ET SES RAPPORTS AVEC L'ALCOOLODÉPENDANCE

Sevrage : arrêt de la consommation d'alcool, qu'il soit accidentel, à l'initiative du sujet ou qu'il s'inscrive dans une perspective thérapeutique (sevrage thérapeutique), chez l'alcoolodépendant.

Syndrome de sevrage : manifestations symptomatiques survenant dans les suites immédiates ou différées jusqu'au dixième jour suivant cet arrêt. Ces manifestations traduisent un état de manque psychique, comportemental et physique.

Alcoolodépendance : les premières descriptions considéraient les symptômes physiques du sevrage d'alcool comme une des caractéristiques essentielles du syndrome. Les classifications internationales récentes (DSM III R 1987, CIM 10 1993, DSM IV 1994) témoignent d'une évolution conceptuelle. Elles ne considèrent plus ces symptômes physiques comme indispensables au diagnostic d'alcoolodépendance qui recouvre aussi d'autres manifestations :

- psychiques : désir compulsif de boire de l'alcool qui rend le sujet incapable de maîtriser sa consommation.
- comportementales :
 - recherche de la consommation d'alcool qui prend le pas sur la plupart des activités du sujet,
 - phénomène d'évitement : le sujet consomme de l'alcool, souvent dès le matin, dans l'intention de prévenir ou de supprimer les symptômes de sevrage. Le but est généralement atteint en 30 à 45 minutes,
 - fixation progressive des modalités de consommation de l'alcool, dictée par la nécessité de maintenir une alcoolémie suffisante,
 - augmentation de la tolérance amenant le sujet dépendant à consommer des quantités croissantes d'alcool.

Alcoolisation compulsive et intermittente : ces formes d'alcoolisation parfois paroxystiques, s'accompagnent souvent d'une dépendance psychique.

Abus d'alcool : conduite d'alcoolisation excessive, variable dans ses modalités, mais sans alcoolodépendance.

Un continuum de symptômes entre abus et dépendance rend parfois difficile le diagnostic d'alcoolodépendance.

Sevrage et alcoolodépendance

La distinction entre abus et alcoolodépendance est importante car dans l'abus d'alcool, le sevrage thérapeutique ne s'impose pas et un conseil de modération peut être proposé.

Lorsqu'une dépendance est installée, le retour à une consommation modérée est considérée comme très difficile, voire impossible par de nombreux experts.

DESCRIPTION DU SYNDROME DE SEVRAGE

Le syndrome de sevrage associe de façon variable plusieurs types de manifestations.

Dans la grande majorité des cas :

- troubles subjectifs : anxiété, agitation, irritabilité, insomnie, cauchemars ;
- troubles neurovégétatifs : sueurs, tremblements, tachycardie, hypertension artérielle ;
- troubles digestifs : anorexie, nausées, vomissements.

Dans les heures qui suivent, ce tableau peut s'aggraver ou se compliquer :

- de signes confusionnels : troubles de la concentration, de la mémoire, du jugement ;
- d'hallucinations ;
- de delirium ;
- de convulsions ;
- d'hyperthermie.

Le syndrome est résolutif, spontanément ou sous traitement, en 2 à 5 jours.

L'apparition plus tardive ou la persistance de ces troubles au delà de ce délai doit faire évoquer d'autres addictions associées, en particulier aux benzodiazépines (BZD).

OBJECTIF D'UN SEVRAGE THÉRAPEUTIQUE

L'objectif d'un sevrage thérapeutique est l'entrée dans un processus d'abstention complète et durable d'alcool.

Ce sevrage s'impose chaque fois qu'il y a alcoolodépendance, qu'elle s'exprime ou non par des signes physiques.

Pour obtenir un sevrage thérapeutique de bonne qualité, plusieurs conditions doivent être réunies :

- réaliser les conditions de confort et de sécurité optimales, visant à prévenir ou à traiter le syndrome de sevrage ;
- assurer en institution ou en ambulatoire, un suivi thérapeutique prolongé ;
- aider le patient à faire du processus de sevrage une expérience à long terme positive et valorisante sur les plans personnel, familial et professionnel.

CRITÈRES D'ÉVALUATION DU SYNDROME DE SEVRAGE ET DE L'ALCOOLODÉPENDANCE

Les signes cliniques demeurent le critère essentiel de l'évaluation.

De nombreuses échelles sont proposées pour évaluer syndrome de sevrage et alcoolodépendance.

On ne saurait sous-estimer l'intérêt épidémiologique, pédagogique et de recherche de tels instruments. Cependant bien peu remplissent les critères de sensibilité, de fiabilité et de facilité d'emploi souhaitables.

La gravité des symptômes de sevrage est appréciée plus particulièrement par la CIWA-Ar et l'index de Cushman.

S'appliquent préférentiellement à l'alcoolodépendance le MAST dont les versions abrégées sont les plus utilisées, le SADQ qui possède de bonnes qualités métrologiques. Il existe une version en français du CAGE, questionnaire et de l'ASI, entretien semi-structuré.

Très peu de ces instruments sont validés en français.

RECOMMANDATIONS

Tout syndrome d'alcoolodépendance justifie un sevrage complet et prolongé en l'intégrant dans un projet dont les objectifs doivent être précisés avec le patient.

Toute proposition de sevrage doit tenir le plus grand compte de la personne en difficulté, qui doit être consultée et informée. Son consentement éclairé doit être recueilli pour la réalisation du projet thérapeutique.

Divers instruments d'évaluation déjà largement utilisés au niveau international méritent d'être validés en français.

QUESTION 2 - QUELLES SONT LES INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DU SEVRAGE ?

Les recommandations précédentes clarifient les liens entre alcoolodépendance et sevrage thérapeutique.

INDICATIONS

Les sevrages préparés

Le sevrage est un passage obligé, un temps court, une étape nécessaire dans la trajectoire de vie du patient alcoolodépendant, moment de rupture et de changement ; il y a un avant et un après.

Les différents acteurs d'une équipe pluridisciplinaire doivent contribuer à la création d'un espace thérapeutique adapté à la réalisation du sevrage.

- L'origine de la demande

Le malade alcoolique est souvent entouré par de multiples demandeurs. On peut repérer autour de lui :

- la famille, qui souhaite faire cesser l'alcoolisation,
- les amis et relations diverses qui peuvent être des appuis,
- les divers intervenants médico-sociaux :
 - * l'employeur et le service médico-social réagissent aux répercussions de l'alcoolodépendance sur l'activité de travail
 - * les travailleurs sociaux accompagnent les personnes vers des consultations spécialisées, en aidant le sujet à faire sienne la demande de sevrage.
 - * les anciens malades alcooliques peuvent aussi accompagner la personne qui s'alcoolise, l'encourageant à demander de l'aide pour faciliter le sevrage.

La demande du patient est difficile à évaluer du fait des pressions de son entourage. Il ne s'agit pas de s'allier avec l'employeur, les amis, ou la famille mais de décider avec le sujet lui-même de la pertinence de sa démarche eu égard à ses difficultés.

Il est judicieux d'être prudent sur les interprétations que l'on peut faire tant des demandes pressantes que des « non demandes ».

Le choix du sevrage pour une personne dépendante est avant tout fonction de ce qu'elle peut en attendre et de son désir ou besoin de changement.

- **Attentes, projets thérapeutiques et projets de vie**

La dépendance implique un mode de vie et des préoccupations articulées autour de la consommation d'alcool. Le choix du sevrage est largement conditionné par la capacité pour le dépendant à concevoir la possibilité d'un changement ainsi que sa capacité à demander de l'aide.

Cette demande suppose pour le patient un minimum d'élaboration.

Plus la motivation d'abstinence est forte, plus l'indication d'un sevrage s'impose et meilleur est le pronostic. Tout projet thérapeutique à moyen et long terme doit tenir compte avant tout de l'implication du patient.

L'information, le conseil, des attitudes de soutien peuvent déclencher une prise de conscience, faire évoluer la motivation du malade, mobiliser son entourage.

Dans cette phase le recours aux thérapies cognitivo-comportementales ou à d'autres approches peut être utilisé.

- **Moment et contexte favorables**

Le moment et le contexte favorables pour mener à bien le projet thérapeutique doivent être choisis avec attention. Si le temps cède le plus souvent le pas à « l'urgence ressentie » de l'arrêt du toxique, il n'en est pas moins important de mettre en place les conditions nécessaires à la maturation d'un projet personnel par le patient.

L'entrée dans la vie sans alcool est alors décidée par le patient et le médecin à un moment où la situation la rend possible avec les meilleures chances de réussite.

Les sevrages non programmés

Il est des situations où l'arrêt de l'alcool est imposé à l'alcoolodépendant. On peut distinguer les sevrages « contraints » et les sevrages « dans l'urgence ».

- **Les sevrages « contraints »**

- un juge peut être amené dans certaines circonstances à décider d'une « obligation de soin ». Le patient consulte alors sous une pression sociale, qui peut renforcer la dénégation. Cependant, cette situation peut aussi être le point de départ d'une prise de conscience et d'une démarche de soin, à condition que le soignant se place « du côté du patient » et non en auxiliaire du juge. Il doit vis-à-vis de celui-ci respecter un secret absolu,

- en milieu carcéral, le sevrage s'effectue de façon brutale, non choisie, non préparée. Ces facteurs, le stress de l'incarcération, la fréquence des polydépendances amènent un risque élevé d'accidents de sevrage. La recherche systématique d'une dépendance à l'alcool (1/4 des entrants) par « interrogatoire » dirigé et/ou utilisation du questionnaire DETA doit amener en cas de dépendance physique, si elle n'est pas associée à une autre toxicomanie, une prescription de BZD de 7 jours. La surveillance quotidienne par l'infirmière est recommandée par le jury. Elle doit permettre la proposition d'une prise en charge médicopsychologique (ou alcoologique quand elle est possible).

En cas de substitution opiacée, l'hospitalisation pour sevrage alcoolique doit être systématiquement discutée.

RECOMMANDATION

Former l'équipe soignante au questionnaire DETA et créer des structures de soins en alcoologie en milieu carcéral.

- Les sevrages dans « l'urgence »
Il s'agit des sevrages de survenue brutale, en milieu hospitalier, réalisés dans le cas d'admissions en urgence, quelles qu'en soient les causes (traumatiques, hémorragiques, infectieuses...). Le jury rappelle la nécessité d'un dépistage systématique du syndrome de sevrage.
D'autre part, le jury préconise que soit établi avant la sortie du patient un contact avec un intervenant en alcoologie, pour une première information. Une proposition de début de soins peut être envisagée dans ce moment particulier.

Les sevrages multiples

Les réalcoolisations ne sont pas exceptionnelles dans le parcours d'un malade alcoolodépendant. Il est utile de ne pas répondre systématiquement et immédiatement à toute demande d'un nouveau sevrage, mais de prendre le temps de travailler avec le patient pour une maturation de sa motivation. Ces sevrages multiples doivent s'inscrire dans un processus d'accompagnement sur le long terme, permettant un travail thérapeutique, tant auprès du malade que de son entourage.

Les spécificités du sevrage dans ses indications

- Les femmes représentent 10 % des consultantes pour difficultés avec l'alcool en médecine générale. Quelques spécificités sont soulignées dans la littérature :
 - la femme a une consommation d'alcools forts plus souvent solitaire, au domicile,
 - la prise associée de psychotropes est fréquente.Une comorbidité dépressive est présente deux fois sur trois, notamment entre 20 et 30 ans. Ceci justifie la mise en place d'une prise en charge spécialisée dès le début du sevrage.
- Les femmes enceintes
Le risque de malformation et de retard de développement du nouveau-né est une donnée établie.
Il est nécessaire de repérer la prise d'un autre toxique. Il n'existe pas de contre-indication au sevrage pendant la grossesse.
- Les nouveaux-nés
L'arrêt d'exposition à l'alcool doit s'accompagner d'une alimentation riche et fractionnée, d'une diminution des agressions sonores et lumineuses, et d'un rapprochement mère enfant.
- Les enfants et les adolescents
Bien qu'une consommation d'alcool de plus en plus précoce soit signalée, peu de données existent en la matière. Les consommations d'alcool sont fluctuantes, mobiles, intermittentes. La dépendance psychique et la polyconsommation sont de graves réalités à cet âge de la vie. Elle motive des indications de sevrage pour lesquelles il n'existe pas de codification spécifique de traitement.
La recherche de troubles psychopathologiques est systématique.
L'accompagnement thérapeutique doit se doubler d'une orientation et d'une aide socio-éducative.
- Les personnes âgées de plus de 65 ans
La prévalence de l'alcoolisme est de 8 % au-delà de 65 ans aussi bien chez la personne isolée qu'en institution (11 % des pensionnaires de maisons de retraite).
Certains auteurs recommandent une prise en charge thérapeutique spécifique par exemple au sein de groupes d'âge homogènes.

- La personne en situation de précarité
Vivant parfois « à la rue », seule, ayant une défaillance du système relationnel, elle est un sujet à risque pour la fréquence de l'alcoolodépendance et la gravité des complications.
Diverses études révèlent une corrélation entre niveau de consommation d'alcool et absence de travail, bas revenus, perte du logement.
Il existe un consensus fort pour considérer que dans cette population le sevrage nécessite une hospitalisation systématique.
- Les migrants
Dans 90 % des cas, l'émergence de conduites d'alcoolisation est survenue depuis l'arrivée en pays d'accueil.
En effet, les problèmes de déracinement et d'intégration sont des facteurs d'alcoolisation.
Les croyances, les règles, les comportements culturels, et la communauté d'origine sont susceptibles d'influencer les modalités de la demande de sevrage.
Il faut prendre en compte le sevrage institutionnel comme un possible facteur d'isolement et d'exclusion.
- Les malades atteints d'une pathologie grave telle que cancer, hépatite C, VIH, nécessitent un sevrage pour permettre leur prise en charge thérapeutique spécifique.

CONTRE-INDICATIONS

Les contre-indications absolues n'existent pas.

Des non-indications au sevrage immédiat sont à respecter :

- en cas d'absence totale de demande et de motivation du sujet,
- en cas de situation de crises (affective, sociale, professionnelle) révélées par un demandeur de l'entourage ou par le patient, sans évaluation correcte des avantages et inconvénients des conduites d'alcoolisation et de l'abstinence,
- en cas d'absence de projet thérapeutique (évaluation, objectif, programme) et de projet social.

Cela n'empêche pas la prise en charge et l'accompagnement du patient dans une perspective de sevrage ultérieur.

QUESTION 3 - QUELLES SONT LES MODALITÉS DE SEVRAGE ?

Le sevrage nécessite une prise en charge médicalisée, avec l'appui concerté de différents intervenants, selon les situations : médecins généralistes, alcoologues, autres spécialistes, équipes hospitalières, infirmières libérales, travailleurs sociaux, militants des mouvements d'aide... Pour assurer la qualité des soins et la sécurité du sevrage, une formation de chacun de ces intervenants est nécessaire sur les plans technique et relationnel.

Le sevrage alcoolique peut se réaliser en ambulatoire ou dans une structure d'hospitalisation (« sevrage institutionnel »), avec un personnel sensibilisé et formé à la prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool.

LES AVANTAGES DU SEVRAGE AMBULATOIRE

Il permet la poursuite de l'activité professionnelle et le maintien des relations familiales et sociales ; il est souvent mieux accepté que l'hospitalisation car il n'oblige pas à assumer socialement le statut

de malade ; il est compatible avec un syndrome de sevrage modéré ; il favorise une participation active du patient et de son entourage ; il n'implique pas de moyens techniques importants.

LES AVANTAGES DU SEVRAGE INSTITUTIONNEL

Il permet une surveillance continue, notamment pour les personnes isolées ; il soustrait le malade de son environnement (alcool, situations à risque ou conflictuelles) ; il garantit la réalité du sevrage et l'observance des prescriptions ; il est nécessaire en cas de pathologies intriquées ou de syndrome de sevrage sévère.

Le sevrage ambulatoire est plus accessible mais comporte des contre-indications :

- alcooliques : dépendance physique sévère ; antécédents de delirium tremens ou de crise convulsive généralisée ; échec d'un essai sincère d'un sevrage ambulatoire ;
- somatiques : affection somatique sévère justifiant une hospitalisation ;
- psychiatriques : syndrome dépressif ou autre pathologie psychiatrique sévère associée ; dépendance associée à certains produits psycho-actifs ;
- socio-environnementales : demande pressante de l'entourage familial ou professionnel ; entourage non coopératif ; processus avancé de désocialisation.

Selon les critères des études et les caractéristiques des malades, de 10 à 30 % des malades sont exclus du sevrage ambulatoire.

Lorsque le sevrage est institutionnel, les études ne montrent pas de bénéfice à poursuivre le séjour au-delà de dix jours, sauf complications somatiques ou psychiatriques. Le bénéfice d'une hospitalisation plus longue en milieu alcoolique n'est pas documenté. Il pourrait concerner des catégories particulières de malades, mais des études portant sur les indications et les résultats de ces séjours sont nécessaires.

Pour éviter qu'une hospitalisation de sevrage soit prolongée uniquement à cause du contexte social (précarité, désinsertion, exclusion), il faut avant l'admission articuler le projet social et alcoolique. Il est souhaitable de développer des structures d'hébergement de relais avec accompagnement social.

Un traitement préventif par BZD réduit la fréquence des accidents (delirium tremens et/ou convulsions généralisées) de 10 % à moins de 2 %. L'intérêt d'un traitement médicamenteux du sevrage chez les malades sans symptômes physiques de dépendance n'a pas été démontré. La précocité du traitement est un élément essentiel de l'efficacité préventive.

Les modalités de la prévention sont différentes selon les possibilités de surveillance :

- en ambulatoire, sans possibilité d'évaluation a priori du risque et en l'absence d'une surveillance rapprochée, la prévention médicamenteuse doit être systématique ;
- en institution, deux attitudes sont possibles : soit la prescription systématique, soit la délivrance en fonction du tableau clinique initial et de son évolution. La surveillance clinique peut utiliser une des échelles de gravité du syndrome de sevrage. L'échelle la plus utilisée de la littérature anglo-saxonne (CIWA-R : Clinical Institute Withdrawal Assessment Scale-Alcohol / Revised) n'est pas actuellement validée en France ; par contre, une échelle de gravité purement clinique, le score de Cushman, est utilisable par le personnel médical et infirmier.

RECOMMANDATIONS

Le sevrage du patient nécessite une prise en charge médicalisée et pluridisciplinaire dans un travail en réseau.

Le jury recommande d'envisager prioritairement le sevrage ambulatoire, en respectant ses contre-indications.

La prévention médicamenteuse des accidents de sevrage doit être systématique lors d'un sevrage ambulatoire.

Les indications et les résultats des hospitalisations prolongées en milieu alcoologique sont à évaluer par des études complémentaires.

LA PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE AU COURS DU SEVRAGE

Elle a trois fonctions essentielles :

- l'information, le soutien, le réconfort dans une ambiance calme, ouverte et confiante. Cette prise en charge joue un rôle important dans la prévention et le contrôle des symptômes et des accidents du sevrage. Elle permet de diminuer les doses de médicaments. L'intérêt des techniques de relaxation et de réappropriation corporelle mérite d'être évalué ;
- la mise en place ou le renforcement d'une relation psychothérapeutique qui doit se poursuivre au-delà du sevrage pour permettre au malade d'associer bien-être et abstinence. Un travail de revalorisation de l'image de soi et de restauration narcissique de la personne est essentiel. En fonction des sujets, cette démarche comprend une psychothérapie individuelle, des psychothérapies de groupe, des thérapies familiales ou de couple, des thérapies comportementales. Dans une étude randomisée, la participation des mouvements d'entraide dès le sevrage améliore de façon significative le pronostic à long terme.
- l'accompagnement social, qui complète la prise en charge médicale et l'approche psychologique dans une perspective de réadaptation, notamment pour les populations en situation de précarité.

TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Les psychotropes

- Les benzodiazépines sont aujourd'hui le traitement médicamenteux de première intention du syndrome de sevrage alcoolique. C'est pour cette classe de médicaments que l'effet thérapeutique a été le mieux démontré. Les BZD réduisent l'incidence et la sévérité du syndrome de sevrage, des crises comitiales et du DT. Les BZD à demi-vie longue comme le diazépam préviennent mieux les crises comitiales. Par contre elles présentent un risque accru d'accumulation en cas d'insuffisance hépatocellulaire. Dans cette situation l'oxazépam a un intérêt particulier du fait d'un métabolisme non modifié. Les BZD à demi-vie brève présentent un potentiel d'abus plus élevé.

Conduite pratique d'un sevrage avec une BZD

La voie orale doit être préférentiellement utilisée. La voie parentérale est réservée aux formes sévères mais impose des conditions de soins attentifs (risque de défaillance cardiorespiratoire). Trois schémas de prescription sont possibles :

- la prescription de doses fixes réparties sur 24 heures : diazépam un comprimé à 10 mg toutes les 6 heures pendant un à trois jours puis réduction en quatre à sept jours et arrêt, ou 6 comprimés à 10 mg de diazépam le premier jour et diminution d'un comprimé par jour jusqu'à arrêt ; cette stratégie est recommandée en ambulatoire,
- la prescription personnalisée guidée par une échelle d'évaluation de la sévérité des symptômes nécessitant l'intervention régulière de l'équipe soignante. Elle permet de

réduire significativement la dose nécessaire et la durée du traitement en gardant la même efficacité,

- l'utilisation d'une dose de charge orale d'une BZD à demi-vie longue : 20 mg de diazépam toutes les heures ou toutes les deux heures jusqu'à sédation et arrêt dès le premier jour. L'élimination progressive de la molécule permet une couverture prolongée sans risque d'accumulation.

D'autres BZD que le diazépam peuvent être utilisées avec une efficacité analogue : il est estimé que 10 mg de diazépam équivalent à 30 mg d'oxazépam, 2 mg de lorazépam, 1 mg d'alprazolam, et 15 mg de chlorazépate. La prescription de BZD au-delà d'une semaine ne se justifie qu'en cas de dépendance aux BZD associée à la dépendance alcoolique (cf. question 4).

- **Autres psychotropes**

- le méprobamate a été très employé en France. Son action n'a cependant pas été démontrée dans des études contrôlées. Il n'a pas d'activité anti-comitiale propre et son risque léthal en cas d'intoxication volontaire est important,
- le tétrabamate est l'association d'un carbamate et de phénobarbital. Il a une efficacité comparable aux benzodiazépines sur l'intensité du syndrome de sevrage. Il paraît plus efficace sur les tremblements ; son efficacité anti-comitiale est moins bien documentée que celle des BZD. Il présente surtout une toxicité hépatique parfois grave,
- les barbituriques ont une efficacité démontrée (uniquement pour ceux de longue durée d'action), mais exposent aux risques de dépression respiratoire. Ils ont un profil de tolérance inférieur à celui des benzodiazépines,
- les neuroleptiques dont le tiapride ont une activité moindre que les BZD. Leur tolérance est également moins bonne et ils sont potentiellement épileptogènes. Leur prescription n'est à envisager qu'en cas d'accident de sevrage,
- le clométiazole, non disponible en France, est d'efficacité démontrée mais d'utilisation moins sûre que les BZD.

Les traitements associés

- Les bêta-bloquants et la clonidine diminuent les signes d'hyperactivité adrénergique de sevrage mais n'apportent pas de protection vis-à-vis des crises comitiales. Ils ne doivent pas être utilisés seuls.
- La prescription de magnésium n'est à envisager qu'en cas d'hypokaliémie.
- L'hydratation. Les apports hydriques doivent être suffisants mais sans hyperhydratation qui peut être nocive. Les perfusions sont à éviter chez le malade conscient.
- La thiamine (vitamine B1). La carence en thiamine, fréquente chez l'alcoolodépendant peut provoquer des troubles graves, neurologiques ou cardiaques. Le sevrage peut en favoriser l'apparition, en particulier en cas d'apport glucosé associé. Il est nécessaire d'administrer à titre préventif de la thiamine, en général per os, à tout patient débutant un sevrage. L'absorption étant diminuée en cas d'abus d'alcool ou de malnutrition, l'administration parentérale, de préférence par perfusion intraveineuse une fois par jour voire deux, doit être préconisée en cas de signes cliniques de carence pendant la première semaine. A distance du sevrage l'arrêt de la vitaminothérapie doit être envisagée en fonction de l'évolution clinique. La posologie proposée est 500 mg par jour.
- Pyridoxine. La prescription de pyridoxine (vitamine B6) a un support physiopathologique (carence pouvant favoriser les crises convulsives) mais ne doit pas être prolongée (risque

de neuropathie périphérique). En cas de prescription simultanée de B1 et de B6, il est conseillé d'associer la vitamine PP en tant que cofacteur.

- Il n'y a pas d'indication de la vitamine B12.
- La prescription d'acide folique est à discuter chez la femme enceinte pour diminuer les risques de malformation fœtale.

La place du traitement vitaminique dans le traitement du sevrage alcoolique justifie la demande du remboursement des vitamines en cas de traitement ambulatoire.

Une évaluation de la prescription d'antioxydants (vitamines C, E...) durant le sevrage mérite d'être conduite.

Aucune des méthodes thérapeutiques non conventionnelles, aussi appelées alternatives, n'a montré intérêt.

RECOMMANDATIONS

La prescription médicamenteuse ne doit pas occulter l'importance fondamentale de la prise en charge psychologique et sociale.

Les mouvements d'entraide doivent être impliqués dès le temps du sevrage.

Les BZD sont les médicaments de première intention du traitement préventif du syndrome de sevrage.

La durée du traitement par BZD, prescrites à doses dégressives, ne doit pas excéder 7 jours sauf complication.

La prescription personnalisée est à développer. Elle peut être aidée par l'usage des échelles d'évaluation de la sévérité des symptômes, à valider en français.

L'hydratation doit être orale chez le malade conscient.

La thiamine doit être prescrite systématiquement de façon préventive (par voie parentérale en cas de signes cliniques de carence).

QUESTION 4 - QUELLES MODALITÉS PRATIQUES PROPOSER LORSQUE L'ALCOOLODÉPENDANCE EST ASSOCIÉE À LA DÉPENDANCE À UNE OU PLUSIEURS AUTRES SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES ?

Engager une démarche de sevrage des polydépendances est un travail intensif et long. La sévérité des symptômes, la complexité des situations, la fréquence de troubles psychiatriques sous-jacents imposent souvent une hospitalisation dans une unité spécialisée.

Un sujet dépendant d'une substance est plus fortement susceptible de développer d'autres dépendances.

Plus l'alcool ou le tabac est consommé à un âge jeune, plus le risque de polyconsommation future est élevé.

Les co-morbidités psychiatriques sont nombreuses : par exemple, l'abus de BZD est plus fréquent chez les alcooliques présentant des troubles psychiatriques (troubles anxieux, dépressifs) ou une personnalité pathologique (antisociale, limite).

Les stratégies thérapeutiques du sevrage des polydépendances sont plus difficiles à élaborer et il est généralement inévitable de privilégier le traitement d'une dépendance par rapport à l'autre.

La méthodologie des études est plus complexe.

Il n'existe pas de données concernant l'association cannabis/alcool.

ALCOOL ET TABAC

80 à 95 % des malades de l'alcool sont également des fumeurs. La surmortalité engendrée par cette double dépendance est supérieure à la surmortalité imputée séparément au tabac ou à l'alcool : le risque néoplasique des voies aérodigestives en est le principal déterminant.

L'usage est répandu, parmi les soignants, de ne pas encourager un sevrage simultané. Les arguments les plus souvent invoqués sont le risque de compromettre le sevrage alcoolique et la plus grande facilité du sevrage tabagique chez l'alcoolique sevré.

L'aide à l'arrêt du tabac est trop peu fréquemment proposée par les soignants. Les raisons invoquées sont diverses :

- le souci de ne pas compromettre le sevrage alcoolique leur semble prioritaire ;
- la dépendance nicotinique socialement bien acceptée est perçue à tort comme non dangereuse.

Cette attitude s'observe davantage chez les soignants fumeurs.

Aujourd'hui, alcoologues et malades semblent accorder un intérêt croissant au sevrage alcoolique couplé au sevrage tabagique. Il existe des arguments en faveur de ce sevrage simultané qui convient aux patients les plus motivés : l'arrêt de l'alcool produit sédatif et la poursuite de la consommation de tabac produit stimulant pourraient entraîner une rupture d'équilibre avec accroissement du besoin du premier.

Deux modalités pratiques sont possibles :

- un sevrage alcoolique associé à une substitution nicotinique qui permet en réalité de différer ce sevrage ;
- la mise en place d'une thérapeutique réputée pertinente pour le sevrage alcoolique et tabagique. Plusieurs études contrôlées, en double aveugle, ont souligné l'intérêt potentiel de la clonidine administrée par voie orale pendant deux à douze semaines. Néanmoins la prévention des crises épileptiques et du delirium par la clonidine n'est pas démontrée. Ses effets secondaires (hypotension) justifient son utilisation en milieu hospitalier.

Le jury souligne que la clonidine peut rarement être utilisée en monothérapie.

Ces études mentionnent la complémentarité de la prise en charge psychothérapique, notamment comportementale.

L'efficacité de la buspirone et des agents sérotoninergiques dans cette indication n'est pas vérifiée.

Aucune étude n'est en faveur d'une évolution défavorable de l'alcoolisation après arrêt du tabac.

RECOMMANDATIONS

Le jury recommande la prise en compte du tabagisme précoce et propose le renforcement des actions d'informations individuelles et collectives en particulier auprès des adolescents sur les dangers des consommations de substances psycho-actives.

Le jury relève l'importance de la motivation, de la confiance en soi et en ses capacités à réussir un double sevrage. Il recommande de susciter ou renforcer chez le patient ce sentiment.

Le jury recommande aux soignants de sortir de leur neutralité par rapport au tabac, de compléter leur formation.

Au vu des connaissances actuelles, le jury recommande de proposer le sevrage simultané dès que la motivation des patients le permet, ce qui nécessite d'aborder d'emblée l'information sur le tabac et les modalités du sevrage tabagique.

ALCOOL ET BENZODIAZÉPINES

La consommation concomitante d'alcool et de BZD est susceptible d'engendrer de graves troubles du comportement tels que violences et actes automatiques amnésiques. C'est pourquoi, hors sevrage thérapeutique, il ne faut pas prescrire de BZD chez un patient alcoolique.

L'alcoolodépendant doit être considéré comme un sujet à risque de dépendance aux BZD : ceci souligne la nécessité d'une prescription aussi brève et limitée que possible pour le traitement de l'anxiété du syndrome de sevrage.

L'usage des BZD pour traiter le syndrome de sevrage chez des patients déjà dépendants pose diverses questions : choix de la posologie, maintien de la molécule consommée ou prescription d'une autre BZD.

D'autres stratégies peuvent être rendues nécessaires par la situation clinique comme l'augmentation de posologie de la BZD déjà consommée ou comme le changement de molécule en faveur d'une BZD à demi-vie longue pour faciliter la démarche de sevrage progressif.

L'utilisation des médicaments neuroleptiques sédatifs est a priori déconseillée en raison du risque majeur de convulsions.

L'utilisation d'agents sérotoninergiques, de phénobarbital sont des modalités dont l'efficacité est insuffisamment établie.

Il n'existe pas de preuve en faveur de l'utilisation d'autres médicaments tels que : association phénobarbital – fébarbamate - difébarbamate, hydroxyzine, carbamazépine.

RECOMMANDATIONS

Il faut exclure tout sevrage brutal et savoir admettre un sevrage en deux temps : alcool puis BZD, plus long et complexe.

Le jury propose de choisir en première intention : le maintien de la même molécule et de la même posologie pendant la phase initiale de sevrage de l'alcool (sept jours) avec une surveillance clinique accrue permettant une adaptation de la posologie. Après cette étape, la posologie de BZD doit être réduite de 25 % par paliers de trois jours.

ALCOOL ET OPIACÉS

La dépendance concomitante à l'alcool et aux opiacés concerne deux situations distinctes :

- polytoxicomanie à l'alcool et l'héroïne ;
- alcoolodépendance chez des sujets recevant un traitement par produit de substitution (méthadone ou buprénorphine).

Le sevrage simultané de l'alcool et de l'héroïne impose une hospitalisation où la stratégie la plus probablement décidée sera la prescription de clonidine éventuellement associée à des traitements symptomatiques antalgiques, anxiolytiques ou hypnotiques.

Chez le sujet en traitement de substitution, le sevrage alcoolique est possible mais le risque d'induire une dépression respiratoire par l'association méthadone ou buprénorphine et BZD impose une extrême vigilance. Il n'est actuellement pas possible de faire des propositions précises par manque d'études : maintien ou réduction de la posologie du traitement de substitution ? Choix d'une BZD plutôt qu'une autre ? Définition d'une posologie maximale de BZD lors d'une telle association ?

RECOMMANDATIONS

Compte tenu du nombre croissant de polydépendances associant alcool, produits opiacés (héroïne ou produits de substitution) et BZD le jury note la nécessité d'études sur ce sujet : incidence de l'alcoolodépendance chez les sujets sous traitement de substitution ? interactions pharmacodynamiques et pharmacocinétiques, pronostic psychopathologique ?

ALCOOL ET COCAÏNE

Cette addiction simultanée est considérée comme fréquente. Il n'existe pas de traitement codifié pour le sevrage. Diverses propositions sont faites sans avoir apporté la démonstration de leur pertinence, en particulier l'utilisation de BZD.

RECOMMANDATIONS

Nécessité de mener des études sur les complications psychopathologiques de cette association.

Au final, le sevrage des patients polydépendants repose sur l'association des modalités de sevrage de chacun des produits consommés.

Un accompagnement psychothérapeutique et un soutien socio-éducatif longuement poursuivis sont indispensables.

QUESTION 5 - QUELLES MODALITÉS PRATIQUES PROPOSER EN CAS D'ASSOCIATION À D'AUTRES PATHOLOGIES ?

La comorbidité trouble psychiatrique et alcoolodépendance impose une prise en charge intégrée des deux pathologies.

Les complications somatiques fréquentes de la maladie alcoolique peuvent s'aggraver, voire se révéler lors du sevrage, et font l'objet de traitements spécifiques.

Le traitement de toute affection médicale ou chirurgicale impose d'identifier la maladie alcoolique, pour diminuer le risque de sevrage non programmé ou contraint, en anticipant celui-ci.

Pathologies psychiatriques associées et sevrage

- **Anxiété**

L'anxiété constatée pendant le sevrage peut être spécifique, relever d'un trouble induit par la dépendance ou plus rarement d'une pathologie psychiatrique.

RECOMMANDATIONS

Le traitement de l'anxiété de sevrage impose la surveillance régulière du patient et la prescription éventuelle d'un anxiolytique adaptée à la sévérité des troubles. Selon la littérature, le niveau de preuve d'efficacité est plus élevé pour les BZD que pour les carbamates. Chez les patients ambulatoires, les prescriptions seront établies pour une semaine au maximum.

Le traitement d'un trouble anxieux primaire peut être entrepris au moment du sevrage ou immédiatement après, selon les modalités admises pour chacune de ces formes cliniques (phobie, trouble panique, anxiété généralisée). Le trouble phobique est fréquent : il peut notamment être traité par une thérapie comportementale (mais le niveau de preuve de ces recommandations chez l'alcoolodépendant est faible). L'anxiété symptomatique d'un trouble psychique relève de différentes approches psychothérapeutiques.

- **Dépression**

Des symptômes dépressifs, contemporains du syndrome de sevrage, existent chez plus de 80 % des patients. La plupart régressent en 2 à 4 semaines. Dans 10 à 15 % des cas, la dépression prend un tour majeur, avec des caractéristiques mélancoliques pour les formes les plus sévères. Le risque suicidaire est toujours présent.

RECOMMANDATIONS

Habituellement un délai d'au moins 2 à 4 semaines de sevrage est conseillé avant d'introduire un traitement anti-dépresseur.

Ce principe d'un délai avant traitement doit être remis en cause en cas d'acuité et d'intensité particulière du syndrome dépressif accentuant le risque suicidaire. Une prise en charge rapprochée est alors nécessaire quel que soit le lieu de soins.

Le jury souligne que les déterminants du risque suicidaire chez l'alcoolodépendant ne relèvent pas exclusivement de la dépression.

Les anti-dépresseurs sont prescrits, lorsqu'ils sont indiqués, aux mêmes posologies et pendant le même temps que pour les autres formes de dépression. Les anti-dépresseurs tricycliques et sérotoninergiques ont fait la preuve de leur efficacité chez les patients alcoolodépendants déprimés. Le choix entre les différents anti-dépresseurs dépend de leur tolérance. Les psychothérapies seront adaptées à la nature du trouble qui sous-tend la dépression.

- Alcoolodépendance et troubles psychotiques

Toutes les psychoses peuvent être associées à une alcoolodépendance.

En particulier, dans la schizophrénie 15 à 35 % de patients ont des conduites d'abus d'alcool ou de dépendance. De même, une prévalence augmentée de la schizophrénie chez les alcoolodépendants a été rapportée.

Les états psychotiques secondaires, psychoses alcooliques, comprennent les idées fixes post-oniriques, les états délirants plus prolongés (hallucinoïse de Wernicke), des délires chroniques paranoïaques (délire de jalousie ou de persécution).

RECOMMANDATIONS

L'association d'une psychose et d'une alcoolodépendance impose le dépistage et une prise en charge intégrée des deux troubles. Une hospitalisation à la demande d'un tiers peut être rendue nécessaire en cas de dangerosité.

Les neuroleptiques sont habituellement proposés chez les schizophrènes alcoolodépendants ; le risque d'épilepsie est alors majoré, notamment en cas d'antécédent de comitialité.

La prise en charge globale à long terme du trouble psychotique doit également être envisagée.

- Troubles de la personnalité

Certains troubles de la personnalité préexistants peuvent compliquer la prise en charge notamment au niveau social.

RECOMMANDATIONS

Des études sont nécessaires pour mieux préciser leur nature et améliorer leur prise en charge .

PATHOLOGIES SOMATIQUES ASSOCIÉES ET SEVRAGE

La maladie alcoolique hépatique (MAH)

La consommation chronique d'alcool peut entraîner une MAH. L'association à une infection chronique à virus B ou à virus C favorise la sévérité des lésions et l'évolution vers une cirrhose.

La présence de signes cliniques de complications (ictère, fièvre, complication oedémato-ascitique, encéphalopathie, antécédents d'hémorragie digestive par hypertension portale) nécessite une hospitalisation lors du sevrage alcoolique.

Le sevrage alcoolique a un effet favorable sur l'évolution de la MAH, mais aussi sur celle des pathologies virales B et C.

Pancréatite chronique alcoolique

Elle justifie un sevrage dont les modalités n'ont pas de spécificité.

Désordres nutritionnels et neuropathies

- La malnutrition est une complication fréquente de l'alcoolisme. Elle augmente la toxicité hépatique et neurologique de l'alcool. Elle sera corrigée, de préférence par voie orale avec des apports nutritionnels équilibrés normocaloriques. L'intérêt d'une supplémentation en vitamines et oligo-éléments n'est actuellement pas démontré sauf pour la vitamine B1 (cf. Q3). Ces mesures permettent d'éviter l'acido cétose de dénutrition et de jeûne, ainsi que l'hypoglycémie.
- Encéphalopathies carencielles. L'encéphalopathie de Gayet Wernicke est une urgence métabolique, à évoquer notamment devant tout syndrome confusionnel. Sa prévention doit être systématique (cf. Q3). Le traitement en est l'apport de thiamine (1g de vitamine B1 par jour). La voie parentérale doit être utilisée pour le traitement curatif, ou encore à titre prophylactique systématique en cas d'apport glucosé intraveineux. Les hydrates de carbone, en effet, peuvent rapidement précipiter ou aggraver cette encéphalopathie, qui risquerait alors d'aboutir à un syndrome de Korsakoff irréversible.
- Dégénérescence cérébrale et hyponatrémie sévère. L'hyponatrémie des buveurs peut être de type déplétion (syndrome des buveurs de bière) ou de dilution (antidiurèse inappropriée). A la fois chez l'homme et dans des modèles animaux, la correction trop rapide d'une hyponatrémie sévère est considérée comme facteur déclenchant principal de la dégénérescence cérébelleuse alcoolique et de la myélinolyse centro-pontine. L'hyponatrémie profonde, ou mal tolérée au plan neurologique, impose l'hospitalisation. Le traitement de l'hyponatrémie doit être progressif, basé sur la restriction hydrique et un apport normosodé.
- Atteintes neurologiques et musculaires. L'origine carencielle vitaminique, souvent évoquée, n'est pas prouvée. La polynévrite et la myopathie alcoolique peuvent être améliorées par l'abstinence et une nutrition adaptée.

Complications cardiovasculaires

Le sevrage peut améliorer la cardiomyopathie alcoolique et peut diminuer le risque de troubles du rythme. Le béri-béri cardiaque nécessite une vitaminothérapie B1 à forte dose et par voie parentérale. La prévalence de l'hypertension artérielle est plus élevée chez les malades de l'alcool. La pression artérielle doit être surveillée pendant le sevrage, car elle peut augmenter pendant les premiers jours.

Complications infectieuses

Le risque de maladie infectieuse dont, la tuberculose, est augmenté chez le malade de l'alcool. En post opératoire l'incidence des pneumopathies est élevée et est responsable d'une augmentation du temps de séjour en Unités de Soins Intensifs. Ces complications pulmonaires sont plus sévères chez les malades alcooliques non identifiés et ayant un syndrome de sevrage.

Interactions médicamenteuses

L'arrêt de l'alcool, en diminuant l'induction enzymatique, favorise l'accumulation des médicaments.

Accidents traumatologiques

L'hospitalisation pour accident traumatique d'un alcoolodépendant conduit à un sevrage contraint. La pathologie traumatique et sa prise en charge périopératoire sont un facteur favorisant du syndrome de sevrage. Chez les malades de réanimation, l'alcoolisme chronique (et le sevrage contraint) est associé à une mortalité et à une morbidité 2 à 4 fois supérieures à celles des

abstinents. Le problème majeur dans ce contexte est de faire le diagnostic d'alcoolodépendance. En effet, le syndrome de sevrage, lorsqu'il survient, est plus sévère chez les alcooliques méconnus. Le recours aux traitements sédatifs et dépresseurs respiratoires est plus intense, et la durée de séjour est allongée, par rapport aux malades identifiés avant la chirurgie.

RECOMMANDATIONS

Le sevrage fait partie intégrante du traitement des complications somatiques de l'alcool. Le niveau de pertinence des travaux varie de I à V selon les pathologies. Le jury considère néanmoins que cette recommandation est basée soit sur un niveau de preuve suffisant, soit sur un consensus professionnel fort là où des études comparatives ne peuvent être menées.

Les modalités du sevrage en cas de pathologie somatique associée sont celles décrites à la question 3. Cependant, en cas d'insuffisance hépatocellulaire ou de cirrhose le diagnostic de syndrome de sevrage ne doit être retenu qu'après exclusion d'autres diagnostics dont l'encéphalopathie hépatique. S'il est confirmé, l'éventuelle prescription de BZD doit être très prudente et faite en milieu spécialisé.

A l'occasion du sevrage, des adaptations posologiques des médicaments sont à envisager.

En milieu chirurgical, le jury recommande :

- de rechercher par l'anamnèse, par l'examen clinique et biologique, une alcoolodépendance ;
- de vérifier que l'hémostase est compatible avec la technique anesthésique et le type de chirurgie ;
- de rechercher systématiquement en post-opératoire des signes précurseurs qui feraient indiquer le traitement prophylactique des accidents neurologiques du sevrage (cf. Q6).

QUESTION 6 - QUEL TRAITEMENT PROPOSER DEVANT UN ACCIDENT DE SEVRAGE ?

Les accidents de sevrage sont représentés par les crises comitiales et le delirium tremens (DT). Source de confusion, le terme de pré-DT doit être abandonné, au profit d'un repérage des degrés de gravité du syndrome de sevrage.

Ces accidents surviennent lors d'un sevrage imposé (accident, chirurgie...) ou résultent d'une erreur dans la conduite d'un sevrage programmé.

Ils justifient dans tous les cas une hospitalisation :

- en unité de soins intensifs (USI) ou de réanimation pour un DT, un état de mal convulsif, un trouble rythmique ou ionique sévère ;
- en unité médicale conventionnelle pour une surveillance post comitiale ou tensionnelle (poussée hypertensive simple).

Un projet d'accompagnement médical de sevrage est proposé à l'issue de cette hospitalisation.

DELIRIUM TREMENS

Traitements psychotropes

- Les benzodiazépines
La non compliance du malade et l'impossibilité de maintien d'une sonde naso-gastrique, rendent le traitement per os impossible. Les BZD sont donc administrées par voie veineuse.

Le diazépam et le flunitrazépam ont été validés dans cette indication. L'administration d'une dose de charge de diazépam (5 à 10 mg toutes les 5 minutes) jusqu'au sommeil, relayée par 5 mg à la demande, est plus efficace que les doses fractionnées standardisées sur plusieurs jours (grade A). L'utilisation de midazolam en intra-veineuse continue (2 à 30 mg/heure) est une alternative d'ailleurs largement utilisée dans la pratique. Elle mériterait cependant d'être validée.

Après l'obtention du niveau de sédation désiré, les doses sont progressivement ramenées au niveau minimal (patient en état de somnolence légère).

La dose d'entretien et la durée de traitement sont dictées par l'évaluation clinique pluri-quotidienne. On pourra utiliser une échelle évaluative dès lors qu'elle aura été validée en France.

Le risque de dépression respiratoire impose l'hospitalisation dans une structure disposant de moyens de réanimation et de l'antidote : flumazénil dont l'utilisation par voie intra-veineuse doit être très progressive (titration) compte tenu du risque de convulsions sur ce terrain.

- Les neuroleptiques
 - l'halopéridol, molécule anti-hallucinatoire, ne peut être employé qu'associé à un anti-convulsivant. Il est efficace associé aux BZD lorsque celles-ci sont administrées sans dose de charge,
 - le triaprène n'a pas été validé dans le DT (littérature) et ne peut être recommandé dans cette indication,
- Les phénothiazines sont abandonnées en raison d'une mauvaise tolérance due à la complexité de leurs effets.
- Les barbituriques : d'efficacité équivalente aux BZD, leur marge thérapeutique étroite les a fait délaisser en France.
- Le méprobamate : pour les mêmes raisons, cette drogue ne peut être recommandée.
- Le clométhiazole : non disponible en France, cette drogue efficace reste très utilisée en Europe ; elle présente l'inconvénient de ses complications respiratoires et n'a pas été comparée aux BZD. Par conséquent sa réintroduction ne peut être recommandée.

RECOMMANDATIONS

Le jury recommande en première intention l'administration intra-veineuse de BZD avec dose de charge. Dans le cas d'un syndrome hallucinatoire persistant, l'association à l'halopéridol est préconisée. Ce traitement est conduit en USI.

Traitement des troubles neuro-végétatifs du DT

La clonidine peut avoir un intérêt dans le traitement d'une poussée hypertensive majeure. Elle ne doit être administrée qu'après correction de l'hypovolémie initiale. Ses effets adverses (complications cardiaques, hallucinations) incitent le jury à ne pas la recommander en l'absence d'études complémentaires.

Les β bloquants pourraient trouver leur place dans le traitement des troubles du rythme, mais leur maniement délicat chez le sujet âgé, leur potentiel hallucinogène, et l'absence d'étude concluante dans le DT ne permettent pas de les recommander.

Apports hydro-électrolytiques

Les soins de nursing, la détection et le traitement des complications du décubitus (pneumopathie, thrombose...), la correction de l'hyperthermie, la rééquilibration hydroélectrolytique sont des éléments fondamentaux du traitement du DT.

Le bilan paraclinique initial doit être d'autant plus complet que le facteur déclenchant du DT est inconnu. Il comprend au minimum un ionogramme sanguin avec glycémie et créatininémie, un

dosage des CPK, une numération formule sanguine, un bilan d'hémostase, un ECG, une radiographie pulmonaire.

- Apports hydriques. Les apports hydriques importants, justifiés par le niveau de déshydratation initiale, sont adaptés aux données cliniques et biologiques. Le traitement vise à relancer la diurèse mais l'hyperhydratation n'est pas recommandée. Les apports parentéraux font appel au chlorure de sodium et au sérum glucosé isotonique. La réhydratation orale exclusive ne peut être suffisante. Si l'apport glucosé est choisi, l'administration parentérale conjointe d'au moins 500 mg/jour de Thiamine (vitamine B1) est indispensable pendant 2 à 3 jours. Il n'y a pas de consensus sur l'opportunité d'un autre apport vitaminique systématique.
- Apports électrolytiques. Le traitement d'une hypokaliémie fait appel à l'apport conjoint de potassium et de magnésium (Mg cofacteur de réabsorption du K). En dehors de cette situation le jury ne recommande pas l'apport de magnésium.
Les autres troubles métaboliques sont corrigés en fonction du bilan initial.

Corticothérapie et œdème cérébral du DT

Les données publiées ne sont pas suffisantes pour recommander cette thérapeutique.

Traitement étiologique

Il est indispensable et doit être conduit conjointement au traitement symptomatique du DT.

CRISE(S) CONVULSIVE(S)

Les autres causes comitiales

Fréquentes dans la maladie alcoolique, elles doivent être éliminées avant de rattacher une crise convulsive au sevrage :

- un trouble métabolique (hypoglycémie, hyponatrémie, hypoxie) ;
- une pathologie secondaire à un traumatisme crânien ;
- une infection cérébro-méningée ;
- un accident vasculaire cérébral ischémique ou hémorragique ;
- une intoxication médicamenteuse ;
- une épilepsie alcoolique ;

L'ivresse convulsivante est une entité discutée.

Caractéristiques des convulsions de sevrage

Elles touchent préférentiellement une population à risque :

- utilisation préalable de psychotropes ;
- antécédent convulsif quel qu'il soit ;
- antécédent de traumatisme crânien.

Elles sont caractérisées par :

- leur début précoce (90 % dans les 48 heures suivant la diminution ou l'arrêt de l'absorption d'alcool) ;
- leur type : grand mal (< 5 % de crises partielles) ;
- leur récurrence rapprochée (60 % de crises multiples) à court terme (la période à risque dure moins de 12 heures dans 95 % des cas) ;
- l'absence d'anomalie électroencéphalographique.

En l'absence de ces critères, une recherche étiologique plus approfondie s'impose en vue d'un éventuel traitement urgent. Le bilan comporte au minimum un ionogramme sanguin avec glycémie

et selon le cas un bilan toxicologique, une ponction lombaire (particulièrement en cas de fièvre), un EEG, un scanner cérébral.

Traitement

En dehors de convulsions typiques du sevrage, le traitement de la crise est avant tout étiologique. Il est admis dans la littérature qu'une crise convulsive unique de sevrage ne justifie pas un traitement anticomitial. Par contre, la survenue d'une seconde crise, surtout en l'absence de thérapeutique anticomitiale préalable, justifie un traitement intra-veineux par diazépam ou clonazépam (cf conférence de consensus sur les crises convulsives), dans la mesure où l'on dispose de moyens de réanimation respiratoire.

Dans le cas contraire (médecine ambulatoire) une surveillance attentive est de mise jusqu'à l'arrivée des moyens médicalisés de transport. La reprise de conscience autorise l'administration d'une BZD per os. La voie intra-musculaire est déconseillée en raison de la biodisponibilité variable du produit, risque hémorragique lié au terrain.

En conclusion, la plupart des études rapportées dans la littérature ne permettent pas d'étayer formellement les attitudes thérapeutiques. Ainsi, s'il existe un consensus fort sur la nécessité d'intégrer le sevrage du patient alcoolodépendant dans un projet de soins au long cours incluant l'entrée dans un processus d'abstention complète et durable d'alcool, celui-ci se fonde essentiellement sur l'expérience des professionnels. Si l'efficacité relative des différentes chimiothérapies, du traitement des complications majeures du sevrage et des co-morbidités sont assez bien documentées, les conditions du processus d'élaboration de la relation thérapeutique et d'un projet de soins multidisciplinaire ne sont pas scientifiquement étudiées. L'impact d'un sevrage programmé sur l'avenir du sujet alcoolodépendant est mal connu. C'est dire la nécessité d'entreprendre une série d'études randomisées dont la méthodologie prendrait en compte l'ensemble des facteurs, bio-psycho-sociaux.

Le jury souligne la nécessité :

- de développer la formation des personnels impliqués en alcoologie ; la sensibilisation de l'ensemble des personnels de santé au dépistage précoce de l'alcoolodépendance, à la prévention des complications des sevrages non programmés, à l'orientation des sujets alcoolodépendants fortuitement dépistés vers des structures adaptées ;
- d'élaborer un programme de recherches randomisées, tant au plan national qu'au niveau des équipes exerçant au sein de réseaux.

Le texte intégral est disponible sur demande écrite auprès de :
Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
Service Communication et Diffusion
159, rue Nationale – 75640 PARIS cedex 13