Alcoologie et Addictologie 2001 ; 23 (4 Suppl.) : 1S-76S

Recommandations pour la pratique clinique

Les conduites d'alcoolisation
Lecture critique des classifications et définitions.
Quel objectif thérapeutique ? Pour quel patient ? Sur quels critères ?

Texte court

Préambule

La Société Française d'Alcoologie (SFA) s'est donnée avec divers partenaires la mission d'élaborer selon la méthodologie de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) des recommandations consensuelles pour la pratique clinique dans le domaine des conduites d'alcoolisation.
Ces recommandations ont pour objectifs principaux de :
• prendre en compte les différentes formes de consommation en amont de l'évolution vers l'alcoolodépendance,
• proposer des outils et stratégies rationnels pour le repérage et le diagnostic précoces des différentes formes de conduites d'alcoolisation,
• proposer des modalités d'intervention pour prévenir l'aggravation des conduites à risque,
• promouvoir à partir de ces recommandations une culture alcoologique commune à tous les professionnels de la prévention, de l'éducation, du soin et de l'insertion afin de permettre à tous ces intervenants de mieux se comprendre pour coordonner leurs stratégies et leurs actions.
Pour ce faire, le comité d'organisation a constitué un groupe de travail qu'il a chargé de répondre aux cinq questions suivantes :
1. Choix et définition des termes essentiels de la pratique alcoologique.
2. Lecture critique des principales classifications existantes. Quelles classifications vous paraissent opérantes en pratique ?
3. Quels sont les outils pour le repérage et le diagnostic des conduites d'alcoolisation ?
4. Quels sont les objectifs thérapeutiques ? Sont-ils différents selon les types de sujet ?
5. Quels sont les critères d'évaluation des résultats ?
Une large recherche bibliographique a été réalisée au terme de laquelle il apparaît que **les travaux consacrés au thème traité dans ces recommandations n'ont guère fait l'objet de validation scientifique indiscutable. De ce fait, l'essentiel de ces recommandations repose sur un consensus d'experts**, les preuves scientifiques étant référencées dans le texte lorsqu'elles existent.
NB : la présentation des recommandations suit l'ordre méthodologique adopté par le groupe qui, pour mener à bien son travail, a dû commencer par répondre à la question 2.

Question 2
Lecture critique des principales classifications existantes. Quelles classifications vous paraissent opérantes en pratique ?

Définir des groupes homogènes de sujets dans le champ des conduites d'alcoolisation reste une entreprise difficile du fait de leur diversité liée à leur dimension multifactorielle. La possibilité de décrire et classer ces conduites sous autant d'angles que de facteurs qui les déterminent rend inévitablement imparfaites et insuffisantes les classifications trop simples, et inutilisables les classifications plus complexes.
Plus de 40 systèmes de classification ont déjà été décrits : d'abord purement cliniques, voire comportementaux, ils ont progressivement intégré des dimensions d'ordre épidémiologique, phénoménologique, sociologique et psychopathologique, voire psychiatriques. À mesure que l'analyse clinique intégrait des facteurs toujours plus nombreux, la méthodologie d'élaboration de ces typologies s'est aussi affinée et a gagné en rigueur par la mise en place d'études structurées faisant appel à des vérifications statistiques.
La plupart de ces classifications, sinon toutes, comportent néanmoins des limites et ne sont guère opérantes en pratique courante pour fonder une stratégie de repérage précoce, de diagnostic et d'intervention. En effet :
- elles recourent généralement au terme et à la notion ambiguë d' "alcoolisme",
- elles ne prennent généralement en compte que les sujets dits alcooliques ou alcoolodépendants,
- elles ne permettent guère de définir d'autres types de conduites tels notamment l'usage à risque et l'usage nocif d'alcool.
Leur analyse permet toutefois de cerner les éléments et/ou critères pertinents en pratique clinique pour assurer au mieux le repérage précoce, le diagnostic et le bilan initial de sévérité et de gravité des conduites d'alcoolisation relevant du mésusage. Ce sont principalement : le sexe et l'âge du sujet ; l'âge de début, la fréquence et les modalités des conduites d'alcoolisation, ainsi que leur évolution ; l'existence d'une comorbidité addictive et/ou psychiatrique, et la séquence d'apparition des conduites alcooliques par rapport à ces morbidités ; le repérage des traits de personnalité du sujet ; l'environnement social, familial, professionnel ou socio-culturel, les antécédents familiaux, notamment de mésusage d'alcool ; enfin, l'existence de dommage induits d'ordre somatique, psychologique et social, et le niveau de gravité.

Question 1
Choix et définition des termes essentiels de la pratique alcoologique

Il paraît pertinent d'organiser la classification des conduites d'alcoolisation en catégories autour du terme "**usage**" et de son antonyme "**mésusage**". Le terme "**usage**" employé seul, sans adjectif, renvoie ici à l'usage socialement admis où le risque, s'il n'est pas toujours nul, est considéré comme acceptable pour l'individu et la société.
Les différentes formes de conduites d'alcoolisation se distribuent et peuvent être classées en catégories sur un continuum allant de cet usage jusqu'aux différentes formes de mésusage, incluant les formes pathologiques. Ce sont :

Non-usage (non-consommateur)

Toute conduite à l'égard des boissons alcooliques et/ou alcoolisées caractérisée par une absence de consommation. Le non-usage peut être :
- **primaire** quand il s'agit d'un non-usage initial (enfants, préadolescents) ou d'un choix durable, voire définitif (préférences personnelles et/ou culturelles chez l'adulte) ;
- **secondaire** quand il advient après une période de mésusage, alors généralement désigné par le terme **abstinence**.

Usage (consommateur modéré)

Toute conduite d'alcoolisation ne posant pas de problème pour autant que la consommation reste modérée, *i.e.* inférieure ou égale aux seuils définis par l'OMS et prise en dehors de toute situation à risque ou de risque individuel particulier.

Les seuils de l'OMS
Les seuils définis par l'OMS sont les suivants :
- jamais plus de 4 verres par occasion pour l'usage ponctuel ;
- pas plus de 21 verres par semaine pour l'usage régulier chez l'homme (3 verres/jour en moyenne) ;
- pas plus de 14 verres par semaine pour l'usage régulier chez la femme (2 verres/jour en moyenne).

*Le terme de **verre** désigne le "verre standard" ou unité internationale d'alcool (UIA) qui est la quantité "normalisée" délivrée pour chaque catégorie de boisson alcoolique dans les lieux de consommation publics. La taille des verres étant inversement proportionnelle à la concentration en alcool de la boisson, on peut considérer, pour donner des repères simples et pratiques, que cette quantité **correspond en moyenne à environ 10 grammes d'alcool pur**.*
L'OMS recommande également de s'abstenir au moins un jour par semaine de toute consommation d'alcool.
Ces seuils n'assurent pas avec certitude l'absence de tout risque mais sont des compromis entre, d'une part, un risque considéré comme acceptable individuellement et socialement, et d'autre part la place de l'alcool dans la société et les effets (considérés comme) positifs de sa consommation modérée.
Ces seuils n'ont donc pas de valeur absolue car chacun réagit différemment selon sa corpulence, son sexe, sa santé physique et son état psychologique, ainsi que selon le moment de la consommation. Ils constituent donc de simples repères et ils doivent être abaissés dans diverses situations, notamment :
1) en cas de situation à risque :
- conduite de véhicule, travail sur machine dangereuse,
- poste de sécurité, situation qui requiert vigilance et attention, etc ;
2) en cas de risque individuel :
- consommation rapide et/ou associée à d'autres produits, notamment psychoactifs (psychotropes) qui potentialisent, souvent rapidement les effets psychotropes de l'alcool ;
- pathologies organiques et/ou psychiatriques associées, notamment celles qui impliquent la prise d'un traitement médicamenteux ;
- modification de la tolérance du consommateur en raison de l'âge, du faible poids, du sexe, des médications associées de l'état psychologique, etc,… ;
- situations physiologiques particulières : la grossesse, états de fatigue (dette de sommeil, etc).
NB : cette liste ne doit pas être considérée comme limitative.

Mésusage

Catégorie générique rassemblant toutes les conduites d'alcoolisation caractérisées par l'existence d'un ou plusieurs risques potentiels, ou par la survenue de dommages induits, alcoolodépendance incluse.

Usage à risque (consommateur à risque)

Toute conduite d'alcoolisation où la consommation supérieure aux seuils définis par l'OMS et non encore associée à un quelconque dommage d'ordre médical, psychique ou social (dépendance incluse), mais susceptible d'en induire à court, moyen et/ou long terme. Cette catégorie inclut également les consommations égales ou même inférieures aux seuils de l'OMS quand elles sont associées à une situation à risque et/ou un risque individuel particulier.

Usage nocif (consommateur à problèmes)

Toute conduite d'alcoolisation caractérisée par : 1) l'existence d'au moins un dommage d'ordre médical, psychique ou social induit par l'alcool, quels que soient la fréquence et le niveau de consommation, et par : 2) l'absence de dépendance à l'alcool.

Usage avec dépendance (consommateur dépendant ou alcoolodépendant)

Toute conduite d'alcoolisation caractérisée par la perte de la maîtrise de la consommation. L'usage avec dépendance ne se définit donc ni par rapport à un seuil ou une fréquence de consommation, ni par l'existence de dommages induits qui néanmoins sont souvent associés.

Ivresse

L'ivresse est une conduite d'alcoolisation aiguë pouvant être associée à n'importe laquelle des catégories d'usage ou de mésusage. À ce titre, elle ne peut être considérée comme une catégorie d'usage. En tant qu'intoxication éthylique aiguë, elle requiert une intervention spécifique pouvant nécessiter une médicalisation, au besoin urgente, adaptée à la gravité de son expression et de ses conséquences (*cf.* RPC-ANAES). Après dégrisement et le cas échéant soins, il convient d'établir systématiquement le diagnostic de catégorie de l'usage qui est associé à cette ivresse et engager l'intervention recommandée.
L'observation permet de **constater pour un sujet donné la possibilité au cours de sa vie de rester dans une même catégorie de conduite ou de passer à une autre** hiérarchiquement inférieure ou supérieure en termes de sévérité et de gravité. Les conditions de ces évolutions sont encore mal établies mais rien n'est inéluctable. **Il reste que l'évolutivité des conduites d'alcoolisation est telle qu'elle impose de procéder à leur réévaluation régulière chez les consommateurs**.

Question 3
Quels sont les outils pour le repérage et le diagnostic des conduites d'alcoolisations ?

La difficulté du repérage du mésusage, précoce ou non, provient du fait que les sujets sous-estiment souvent voire dissimulent leur consommation. De plus, il est rare que la rencontre avec un professionnel de santé soit directement motivée par la consommation d'alcool et/ou par une demande de soins.
Un mésusage doit donc être recherché par principe, notamment devant une série de difficultés personnelles et/ou de signes médicaux polymorphes et non spécifiques dont la juxtaposition est évocatrice.
Un dialogue conduit dans la confiance est le premier et le meilleur outil.

Les éléments de repérage

La consommation déclarée d'alcool (CDA)
Évaluée en nombre de "verres standards" ou "unités internationales alcool" (UIA) consommés par jour,
selon une approche standardisée :
- distinguer les jours "actifs" (lundi à vendredi en général) et les jours de "repos" ;
- s'enquérir des écarts par rapport au régime de consommation habituel (consommations irrégulières ou occasionnelles) ;
- s'appuyer sur une grille de recueil.

Les questionnaires
• DETA : explore la vie entière ; 4 questions ; score positif pour le mésusage si > 2.
• AUDIT : explore les 12 derniers mois de la vie du consommateur ; 10 questions relatives à la quantité consommée et à la fréquence de consommation actuelle ou récente ; score positif pour le mésusage si ≥ 8 pour les hommes et ≥ 7 pour les femmes.
Ce sont des outils de repérage et, en aucun cas, de diagnostic.
Un résultat positif oriente vers un mésusage d'alcool sans pouvoir le qualifier ; un résultat négatif ne permet pas d'écarter avec certitude l'éventualité d'un mésusage. Leur pertinence prend donc sa dimension en association avec l'examen clinique et le résultat des autres outils.

Les signes précoces et les signes d'alerte

Plus le repérage se veut précoce, moins le tableau clinique peut être évocateur. Il convient donc de **penser systématiquement à la possibilité d'un mésusage d'alcool devant** :
1) des problèmes de santé physique et/ou psychique peu spécifiques, tels notamment les plaintes fonctionnelles banales et polymorphes, la fatigue, la nervosité, l'irritabilité, les troubles du sommeil ou de l'humeur, qui sont évocateurs par leur juxtaposition et qui induisent un recours plus fréquent aux professionnels de santé ;
2) la concomitance de ces problèmes de santé avec des difficultés personnelles et/ou relationnelles d'ordre familial, conjugal et/ou socioprofessionnel ;
3) la répétition de ces problèmes ;
4) l'imputation aux autres des difficultés rencontrées.

Les examens biologiques

Trois marqueurs apparaissent, en raison de leur spécificité et de leur sensibilité qui restent cependant relatives, **les plus appropriés** pour le repérage d'un mésusage d'alcool, son suivi et l'évaluation des interventions effectuées : **ce sont le volume globulaire moyen (VGM), la gamma glutamyl transférase (GGT) et la carbohydrate deficient transferrin (CDT*)***, bien que cette dernière soit encore l'objet d'analyses de performance.
Les demi-vies respectives de ces trois paramètres, en l'absence de complications hépatiques sérieuses, sont respectivement d'environ 3 mois, 10 jours et 15 jours.
Leur utilisateur doit considérer que :
- ils ne permettent guère de détecter un mésusage d'alcool en l'absence d'éléments cliniques évocateurs. Il n'est donc pas recommandé de les prescrire à l'aveugle ;
- une valeur anormale évoque un mésusage (à condition que les autres causes d'anomalies aient été éliminées) ; à l'inverse, l'absence de perturbation n'élimine en aucun cas un mésusage, notamment en phase précoce.

Les éléments du bilan individuel

Sévérité des conduites d'alcoolisation
Fréquence des conduites à risque ; consommation associée d'autres substances psychoactives ; intensité des aspects obsessionnel/compulsif du besoin d'alcool ; existence et sévérité d'une dépendance physique.

Gravité des complications des conduites d'alcoolisation
Complications organiques ; comorbidité psychiatrique (anxiété, troubles de l'humeur ou de la personnalité, etc) induite par le mésusage ou antérieure et associée ; troubles cognitifs (attention, concentration, mémoire, volition) ; conséquences familiales, sociales et professionnelles.

Question 4
Quels sont les objectifs thérapeutiques ? Sont-ils différents selon les types de sujet ?

L'extension des conduites d'alcoolisation dans la population générale et la valorisation de l'alcool dans notre société restent telles qu'elles exigent le développement d'une **démarche de prévention globale et notamment d'éducation pour la santé** pour que chaque (futur) consommateur d'alcool dispose des connaissances de base concernant l'alcool, ses usages et ses risques immédiats et/ou différés et cumulatifs, à savoir :
• L'UIA ou règle des 10 g d'alcool pur en moyenne par verre d'alcool standard.
• Les seuils définis par l'OMS, à risque individuellement et socialement faible.
• Les situations à risque(s).
• La courbe d'absorption-élimination de l'alcool, dite "courbe d'alcoolémie".
• Les effets physiologiques de l'alcool, notamment psychoactifs, et sa nocivité immédiate et différée.
• Les risques individuels : notions de tolérance, d'inégalités, de vulnérabilité face à l'alcool, et autres situations physiologiques, notamment la grossesse, ou physiopathologiques particulières.
• L'ivresse ou intoxication alcoolique aiguë, ses différentes étapes et sa gestion.
• Les représentations et les préjugés relatifs à l'usage de l'alcool.
Il convient donc de donner au public et aux professionnels l'information la plus juste possible, sans banaliser ni diaboliser l'alcool ni les conduites d'alcoolisation. Ces messages sont à diffuser à la fois par les professionnels de santé et par les professionnels de l'éducation et du champ social, ainsi que par les intervenants en prévention et les médias.
L'existence d'un mésusage d'alcool chez un sujet, quelle qu'en soit la catégorie, appelle une intervention individuelle dont les objectifs principaux sont : 1) de favoriser la réduction de la consommation en deçà des seuils définis par l'OMS ou son arrêt ; 2) d'améliorer sa qualité de vie.
En fonction de la catégorie d'usage dont relève le sujet à un moment donné et des relations entre ce sujet, ses conduites d'alcoolisation et son environnement, le type et les modalités d'intervention seront :

Non-usage primaire

Public concerné
Principalement enfants ou jeunes adolescents, la plupart étant appelés à devenir consommateurs. Certains ont des risques majorés, par exemple les enfants de parents en difficulté avec l'alcool, et devraient bénéficier d'une attention accrue et d'une approche spécifique. Pour d'autres, le risque est minoré par des préférences culturelles et/ou religieuses voire un choix personnel.

Objectif
Prévenir le passage vers le mésusage, notamment par la constitution d'un contexte permettant le moment venu d'accompagner les premières expériences de consommation et leurs risques.

Intervention
• Type : prévention thématique par l'éducation pour la santé et prévention primaire du risque.
• Contenu :
1) diffusion des connaissances de base (avec extension aux autres substances psychoactives) et conseils d'éducation pour la santé ;
2) mise en place de pairs ou d'adultes relais susceptibles d'être le moment venu des personnes de proximité auxquelles exprimer toutes questions concernant l'alcool et les autres substances psychoactives, tabac inclus, et les premières expériences de consommation et leurs risques ; ces intervenants doivent pouvoir rester des personnes ressources capables d'accueillir, d'écouter et le cas échéant d'orienter.
• Acteurs : préférentiellement ceux du secteur éducatif, du secteur social et les professionnels de santé, notamment les intervenants en prévention.

Usage

Public concerné
Adolescents et majorité des adultes.

Objectif
Éviter le passage vers le mésusage, ses risques et ses dommages (incluant la dépendance) en favorisant le maintien de la consommation dans les limites de l'usage.

Intervention
• Type : prévention thématique par l'éducation pour la santé et prévention primaire du risque.
• Contenu :
1) diffusion répétée des connaissances de base (avec extension aux autres substances psychoactives) et conseils d'éducation pour la santé ;
2) apprendre à auto-évaluer la consommation régulièrement ;
3) constituer un contexte d'accompagnement des expériences et des pratiques de consommation dans le souci de minimiser leurs risques, notamment par la mise en place de pairs ou de personnes ressources dans certains espaces sociaux privilégiés tels les entreprises, les associations et les institutions.
• Acteurs : intervenants du secteur éducatif, du secteur social et professionnels de santé, notamment les médecins scolaires, du travail et les généralistes ainsi que les intervenants en prévention.

Usage à risque

Public concerné
Consommateurs à risque, soit 5 à 10 % des plus de 15 ans.

Objectif
Favoriser le **retour de la consommation dans les limites de l'"usage"**.

Intervention
• Type : légère, avec aide et accompagnement, réalisant une prévention primaire active et secondaire de réduction des risques.
• Contenu : "intervention brève" comprenant :
1) une information sur le risque de poursuivre une consommation jusque-là bien tolérée ;
2) la proposition de ramener cette consommation dans les limites de l'usage ;
3) des conseils simples et clairs pour favoriser la mise en oeuvre de cette proposition en renforçant chez le consommateur à risque (le sentiment de) sa capacité d'y parvenir.
NB : aucun médicament n'est spécialement recommandé pour soutenir cette décision et cet effort.
• Acteurs : corps médical, notamment généralistes et médecins du travail ; travailleurs sociaux.

Usage nocif

Public concerné
Consommateurs à problèmes, soit 4 à 7 % des plus de 15 ans.

Objectif
Favoriser le retour de la consommation dans les limites de l'usage voire vers le non-usage temporaire ou définitif.

Intervention
• Type : modérée, avec soins et accompagnement, réalisant une prévention secondaire et de réduction des risques.
• Contenu : "intervention brève" dont le contenu est identique à la précédente, auquel sera ajoutée une auto-évaluation des dommages liés à la consommation d'alcool et, le cas échéant, leur prise en charge, ainsi qu'un renforcement de la motivation, afin de :
1) permettre au sujet d'apercevoir lui-même la relation entre ses difficultés médicales et/ou sociales et son mésusage d'alcool ;
2) éclairer son choix et sa décision quant à la modification de sa conduite d'alcoolisation vers le retour de sa consommation dans les limites de l'usage voire vers le non-usage temporaire ou définitif ;
3) accompagner le sujet dans son projet par un suivi adéquat ;
4) assurer si nécessaire une prise en charge médico-psychosociale des problèmes existants ;
5) en cas de consommations associées et/ou de troubles induits graves et/ou multiples, orienter voire accompagner le sujet vers les acteurs appropriés.
NB : aucun médicament n'est spécialement recommandé pour soutenir cette évolution, à l'exception de ceux requis par les comorbidités induites ou associées.
• Acteurs : corps médical, notamment généralistes, spécialistes et psychiatres, en liaison avec le secteur social.

Usage avec dépendance

Public concerné
Consommateurs alcoolodépendants, soit 2 à 4 % des plus de 15 ans.

Objectif
Non-usage secondaire durable voire définitif, selon la majorité des auteurs et les conférences de consensus de mars 1999 et 2001 relatives à l'alcoolodépendance.

Intervention
• Type : lourde, avec soins et accompagnement (voir conférences de consensus).
• Contenu :
1) accueillir et reconnaître le sujet alcoolodépendant dans sa souffrance particulière et/ou ses difficultés spécifiques pour instaurer une relation soignant-soigné de confiance ;
2) favoriser la reconnaissance par le sujet de son incapacité à maîtriser sa consommation et de la nécessité d'en tenir compte pour retourner vers un non-usage durable (abstinence) ;
3) préparer puis assurer le sevrage, au besoin en faisant appel à des structures spécialisées, et mettre en place un accompagnement médico-psychosocial pour :
- consolider la conduite de non-usage,
- favoriser l'évolution vers un mieux-être dont l'abstinence constitue l'une des conditions,
- évaluer la gravité et prendre en charge parallèlement les difficultés et/ou les dommages induits par la dépendance ;
4) préparer l'environnement adéquat pour les étapes ultérieures de l'accompagnement (*cf. infra*).
NB : la prescription de médicaments spécifiques ne se conçoit qu'en association avec cet accompagnement : il s'agit d'abord des médications du sevrage, ensuite des aides au maintien de l'abstinence, soit les molécules qui visent la réduction de l'appétence (acamprosate, naltrexone) ; enfin, l'indication des produits à effet antabuse est restreinte et de seconde intention du fait d'un rapport bénéfices-risques considéré comme défavorable ; peuvent le cas échéant s'ajouter ceux qu'exigent les dépendances associées ou les transferts de dépendance, les comorbidités et les dommages induits médicaux.
• Acteurs : corps médical (notamment généralistes, spécialistes et psychiatres) et structures
spécialisées, en liaison avec le secteur social et les mouvements d'entraide, si possible dans le cadre d'un réseau.

Non-usage secondaire (usage avec dépendance)

Public concerné
Principalement les consommateurs alcoolodépendants sevrés engagés dans un projet d'abstinence durable, mais aussi les consommateurs à risques et à problèmes qui ont opté pour un retour au non-usage.

Objectif
Maintenir l'abstinence le plus souvent durablement et favoriser la construction d'un nouvel équilibre de vie.

Intervention
• Type : dans la durée, avec soins et accompagnement médico-psychosocial souvent pluridisciplinaire.
• Contenu :
1) favoriser le maintien durable voire définitif de l'abstinence (objectif alcoologique) et construction d'un nouvel équilibre de vie (objectif personnel) ;
2) aborder les éventuelles réalcoolisations pour inviter le sujet et les référents de son accompagnement à en découvrir les déterminants et les motifs. Elles doivent également constituer une occasion d'évoquer les difficultés pour maintenir l'abstinence ;
3) intervenir sur les éventuelles consommations associées, notamment tabagique ;
4) aborder les éventuels phénomènes de transfert de dépendance et de compensation ;
5) traiter les éventuelles comorbidités somatiques et/ou psychiatriques associées ;
6) prévenir et dépister les complications médicales précoces comme les troubles lipidiques ou glycémiques voire cardiovasculaires liés aux phénomènes de compensation, ainsi que celles plus tardives, notamment carcinologiques ;
7) favoriser, notamment au moyen de la relation soignant-soigné :
- le traitement de la dimension addictive de l'alcoolodépendance (objectif addictologique) ;
- le traitement de la souffrance initiale (objectif personnel).
NB : les traitements médicamenteux indiqués sont ceux indiqués pour l'usage avec dépendance, la durée du traitement étant celle recommandée par l'AMM.
• Acteurs : intervenants formés en alcoologie et addictologie, notamment les structures spécialisées, en liaison avec le secteur social et les mouvements d'entraide, si possible dans le cadre d'un réseau.

NB : les catégories décrites ci-dessus ont été déterminées dans un but didactique et ne sont pas strictement délimitées puisqu'il existe bon nombre de sujets dont les caractéristiques cliniques les placent dans une situation intermédiaire (entre deux catégories). De ce fait, le message à délivrer ainsi que les moyens d'actions à mettre en œuvre seront plutôt ceux de la catégorie qui suit que ceux de la catégorie qui précède.

Les recommandations formulées aux chapitres III et IV peuvent être récapitulées de manière synthétique par un schéma formalisant une démarche alcoologique de repérage clinique et d'intervention.

Question 5
Quels sont les critères d'évaluation des résultats ?

Une des principales caractéristiques des rapports que l'homme entretient avec l'alcool est d'obéir à une détermination et une temporalité propres à chaque existence singulière sous la forme d'une conduite susceptible d'évoluer à tout instant au long du continuum qui va du non-usage et de l'usage aux différentes formes de mésusage. Les conduites d'alcoolisation doivent de ce fait faire chez un sujet donné l'objet d'un bilan périodique qui, le cas échéant, servira de point de référence préalable à toute intervention et à l'évaluation de son efficacité.
L'évaluation de l'efficacité des interventions individuelles, quel que soit le lieu de leur mise en œuvre (cabinet ou institution), doit pouvoir s'appuyer sur une méthodologie simple comportant :
• Un **bilan initial** incluant plusieurs données :
- la CDA (*cf. infra*) ;
- les marqueurs biologiques, GGT et VGM en première intention, et CDT en seconde (*cf. infra*) ;
- les signes de sévérité du mésusage d'alcool ;
- les signes de gravité des conséquences du mésusage aux plans somatique, psychique et social ;
- la catégorie de mésusage : à risque, nocif ou avec dépendance ;
- la consommation d'autres substances psychoactives ;
- l'existence de comorbidité(s), notamment psychiatrique ;
- la qualité de vie appréciée de façon pragmatique, soit par l'approche clinique, soit au moyen d'une échelle visuelle analogique, soit encore avec une échelle de qualité de vie simplifiée qui reste à élaborer et à valider ;
- le stade de motivation pour un changement de comportement de consommation (selon le modèle de Proschaska).
• Un **bilan final à l'échéance** fixée par la méthodologie d'évaluation et incluant les mêmes items.
En l'absence de seuils de durée clairement définis à partir desquels il serait consensuel de parler de "succès" ou d'"échec", **l'évolutivité même des différentes formes de mésusage invite à différer l'évaluation finale de l'intervention à au moins 12 mois, en prévoyant au besoin un ou plusieurs bilans d'étapes**.
En pratique clinique courante, on raisonnera en termes de bénéfices (plutôt que de succès) en s'appuyant sur l'impression clinique globale du soignant basée sur la consommation déclarée d'alcool confrontée à l'objectif initial de l'intervention (réduction ou arrêt), objectif qui devra être clairement exprimé non seulement lors de sa mise en place mais également rappelé à chaque temps du suivi. Cette impression pourra être renforcée et contrôlée par le dosage des marqueurs biologiques de consommation, en utilisant en priorité les moins coûteux, et l'appréciation de la qualité de vie du patient auto-évaluée de manière répétée par le patient lui-même, par exemple au moyen d'une échelle visuelle analogique.

La consommation déclarée d'alcool

Elle est généralement appréciée rétrospectivement sur les déclarations du sujet ou rapportée sur un journal quotidien, et on recueille le nombre de verres UIA consommés par jour. À partir de cette donnée relative au comportement de consommation, il est possible de dégager plusieurs critères d'évaluation tels : a) pour l'usage à risque et l'usage nocif, le nombre de jours de consommation inférieure ou égale au seuil convenu avant l'intervention ; b) pour l'alcoolodépendance, le délai avant la première rechute, la durée d'abstinence cumulée ainsi que le nombre de jours de consommation et les quantités consommées, ce qui permet de prendre en compte l'éventuelle discontinuité de l'abstinence.
Cette approche autorise deux types d'évaluation sur une période donnée : 1) une évaluation qualitative de l'évolution des sujets qui peuvent être répartis selon leur comportement de consommation (abstinence durable, réalcoolisations sans rechute, rechute) en trois classes de niveaux de résultat : "bon", "moyen" et "mauvais", ce qui permet d'effectuer une évaluation individuelle et/ou de comparer les résultats dans différentes populations ; 2) une approche quantitative qui calcule des moyennes, notamment pour étudier des populations et établir des comparaisons entre elles.
NB : la "validation" par un proche des quantités d'alcool déclarées n'est pas toujours d'une grande fiabilité et le bénéfice inconstamment rapporté de cette méthode est limité par l'atmosphère de suspicion et de discrédit qui handicape ultérieurement la relation intervenant-sujet.

Les marqueurs biologiques

Les dosages les plus appropriés pour le suivi et l'évaluation sont donc le VGM, la GGT et la CDT. Leur utilisation obéira à une même attitude dans les trois catégories de mésusage : à risque, nocif, avec dépendance.
Un dosage environ un mois après le début de l'intervention (au cas où il existait une perturbation initiale) est préconisé. Le retour à la "normalité" ou une franche diminution est un bon indice d'évolution favorable. Si les valeurs ne sont pas normalisées, un second dosage est conseillé en respectant, compte tenu des durées de demi-vie, un nouveau délai d'un mois pour la GGT et de deux mois pour le VGM.
À distance, l'intérêt d'une répétition régulière des dosages en l'absence de doute de l'intervenant à propos d'une ré-augmentation de la consommation, ou en l'absence d'une réalcoolisation importante ou de rechute déclarée par le sujet, n'est pas démontré et se limitera à ce qu'exige le cas échéant la méthodologie d'évaluation.