

Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant

17 mars 1999 Maison de la Chimie - Paris



TEXTE COURT

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 Espanola 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
Societa Italiana di Alcologia
Société Nationale Française de Gastro-entérologie
Société Nationale Française de Médecine Interne
Sociedade Portuguesa de Alcoologia
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 JD. FAVRE : Psychiatre,
CLAMART
J. ADÈS : Psychiatre, COLOMBES C. GILLET : Médecin du Travail, NANCY
JL. BALMÈS : Hépatogastroentérologue, NIMES F. GONNET : Médecin Interniste,
LYON
D. BARRUCAND : Psychiatre, LIMEIL-BREVANNES Y. LE BARS : Médecin
Généraliste, NIMES
JY. BÉNARD : Psychiatre, LA MEMBROLLE/CHOISILLE C. ORSEL : Psychiatre,
PARIS
F. CARPENTIER : Méthodologie ANAES, PARIS D. PLAYOUST : Médecin
Généraliste, TOURCOING
A. DUROCHER : Méthodologie ANAES, PARIS G. VACHONFRANCE : Psychiatre,

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. PELLEGGRI : 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. BLANLOEIL : 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 P. PIROLLET : Médecin Interniste, NANCY
D. ERNOUF : Pharmacien, TOURS R. RITAINE : Médecin Généraliste, SAINT-
OMER
P. GORWOOD : Psychiatre, COLOMBES S. TILIKETE : Psychiatre, LIMEIL-
BREVANNES
P. PERNEY : Hépatogastroentérologue, MONTPELLIER

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

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 23400 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 oeuvre d'un nouveau projet existentiel.

En France, le sevrage 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. 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 hétérogènes. 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 ?

1 - 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, 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 classifications internationales récentes ne considèrent plus les symptômes physiques de sevrage 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,
 - 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.

Sevrage et alcoolodépendance

Les sujets alcoolodépendants doivent bénéficier d'une proposition de sevrage thérapeutique.

2 - 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 se compliquer :

- de signes confusionnels ;
- 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).

3 - 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. En effet, lorsqu'une dépendance est installée, le retour à une consommation modérée est considérée comme très difficile voire impossible par de nombreux experts.

Pour obtenir un sevrage 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.

4 - 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. Très peu 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.

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

Pour toute personne alcoolodépendante, le sevrage thérapeutique est recommandé.

1 - INDICATIONS

Les sevrages programmés

Le sevrage est une étape nécessaire, entre un avant et un après, dans un projet thérapeutique, soutenu et accompagné par une équipe pluridisciplinaire.

- Qui demande ?
 - la famille,
 - les amis,
 - les divers intervenants médico-sociaux,
 - le malade lui-même.

Le choix du sevrage pour l'alcoolodépendant est fonction de son désir, de

son besoin de changement, et de sa souffrance, physique et/ou psychologique.

- Pour quel projet de vie ?
La demande de sevrage suppose un minimum d'élaboration. Tout projet thérapeutique doit tenir compte de la motivation, de l'implication et des capacités du patient.
- Quand ?
L'entrée dans la vie sans alcool est décidée par le patient et le médecin, à un moment où le contexte et la maturation du projet personnel du patient la rendent possible avec les meilleures chances de réussite.

Les sevrages non programmés

- Les sevrages " contraints " :
-l'obligation de soins peut être le point de départ d'une prise de conscience et d'une demande de soins,
-en milieu carcéral. Le sevrage brutal, non préparé de ces personnes, souvent polydépendantes majore le risque d'accidents.

RECOMMANDATIONS

Le jury propose :

Une évaluation des résultats et de l'intérêt d'obligation de soins.

La formation de l'équipe soignante à l'échelle DETA et la création d'espace de soins alcoologiques en milieu carcéral.

La recherche systématique d'une dépendance à l'alcool dès l'entrée en prison.

- Les sevrages dans " l'urgence " :
Il y a nécessité d'un dépistage systématique du syndrome de sevrage pour toutes les hospitalisations en urgence.

RECOMMANDATION

Etablir un premier contact avec un référent santé en alcoologie avant la sortie du patient.

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 chaque demande mais de travailler avec le patient pour une maturation de sa motivation.

Ces sevrages multiples doivent s'inscrire dans un processus d'accompagnement à long terme.

Les spécificités du sevrage

- Les femmes alcoolodépendantes ont souvent une consommation associée à des psychotropes. En cas de comorbidité dépressive, la mise en place d'une prise en charge spécialisée dès le début du sevrage est recommandée.
- Les femmes enceintes : Le risque de malformation pour le nouveau-né justifie l'indication impérative d'un sevrage thérapeutique.
- L'enfant et l'adolescent : Les modalités du sevrage thérapeutique ne sont pas spécifiquement codifiées. La recherche de troubles psychopathologiques et polyaddictions doit être systématique.

RECOMMANDATIONS

Le jury propose :

La recherche de pratiques adaptées au sevrage thérapeutique des adolescents.

La mise en place d'un accompagnement thérapeutique associé à une aide socio-éducative.

- Les personnes âgées de plus de 65 ans : Une prise en charge thérapeutique spécifique au sein de groupes d'âge homogènes est recommandée.
- Les personnes en situation de précarité : Il existe un consensus fort pour considérer que, pour ces personnes, l'isolement et la désinsertion sociale indiquent une hospitalisation.
- Les malades atteints d'une pathologie grave, telle que cancer, hépatite C, VIH, nécessitent un sevrage permettant une prise en charge thérapeutique spécifique.

2 - CONTRE-INDICATIONS

Les contre-indications absolues n'existent pas.

Mais il existe des non-indications au sevrage immédiat :

- non demande ;
- absence de projet thérapeutique et social ;
- situations de crises (affective, sociale, professionnelle).

Elles n'empêchent pas la prise en charge et l'accompagnement du patient dans une perspective d'un 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. Pour assurer la qualité des soins et la sécurité du sevrage, une formation de chacun de ces intervenants est nécessaire.

Le sevrage alcoolique peut se réaliser en ambulatoire ou dans une structure d'hospitalisation (" sevrage institutionnel ").

Avantages du sevrage ambulatoire

Poursuite de l'activité professionnelle, maintien des relations familiales et sociales ; meilleure acceptation car n'obligeant pas à assumer socialement le statut de malade ; compatibilité avec un syndrome de sevrage modéré ; participation du patient et de son entourage.

Avantages du sevrage institutionnel

Surveillance continue (personnes isolées) ; malade soustrait à son environnement (alcool, situations à risque ou conflictuelles) ; garantie de la réalité du sevrage et de l'observance des prescriptions ; indication formelle en cas de pathologies intriquées ou de syndrome de sevrage sévère.

1 - LES LIEUX DE SOINS

Le sevrage ambulatoire comporte des contre-indications (10 à 30 % des malades) :

alcooliques (dépendance physique sévère ; antécédents de delirium tremens ou de crise convulsive généralisée) ; somatiques ; psychiatriques ; socio-environnementales.

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.

Un traitement préventif par BZD réduit la fréquence des accidents de sevrage de 10 % à moins de 2 %. L'intérêt d'un traitement médicamenteux du sevrage chez les malades sans signes physiques de dépendance n'a pas été démontré. La précocité du traitement est un élément essentiel de l'efficacité préventive. 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 : prescription systématique ou délivrance en fonction du tableau clinique initial et de son évolution.

RECOMMANDATIONS

Le sevrage thérapeutique nécessite une prise en charge médicalisée et

pluridisciplinaire dans un travail en réseau.

Le jury recommande d'envisager prioritairement le sevrage ambulatoire, en respectant les 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 alcoolique sont à évaluer par des études complémentaires.

2 - LA PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE AU COURS DU SEVRAGE A TROIS FONCTIONS ESSENTIELLES

L'information, le soutien, le réconfort dans une ambiance calme, ouverte et confiante jouent un rôle important dans la prévention et le contrôle des symptômes et des accidents du sevrage. Elle permet de diminuer les doses de médicaments. Les techniques de relaxation et de réappropriation corporelle mériteraient d'être évaluées.

L'établissement d'une relation thérapeutique qui doit se poursuivre au-delà du sevrage tend à la revalorisation de l'image de soi et à la restauration narcissique.

Selon les sujets, les modalités de cette thérapie peuvent être individuelle, de groupe, familiale ou de couple, comportementale- cognitive. Dans une étude randomisée, il est montré que l'intervention des mouvements d'entraide dès le sevrage améliore de façon significative le pronostic à long terme.

L'accompagnement social complète la prise en charge médicale et l'approche psychologique dans une perspective de réadaptation, notamment pour les populations en situation de précarité.

3 - TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

Les psychotropes

Les benzodiazépines (BZD) sont aujourd'hui le traitement médicamenteux de première intention du syndrome de sevrage alcoolique ; elles 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, mais présentent un risque accru d'accumulation en cas d'insuffisance hépatocellulaire.

L'oxazépam a alors 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.

Trois schémas de prescription sont possibles :

- prescription de doses réparties sur 24 heures :
 - diazépam, un comprimé à 10 mg toutes les 6 heures pendant un à trois jours puis réduction jusqu'à l'arrêt en quatre à sept jours,
 - ou : diazépam 6 comprimés à 10 mg le premier jour et diminution d'un comprimé chaque jour jusqu'à arrêt.Cette stratégie est recommandée en ambulatoire.
- prescription personnalisée, éventuellement guidée par une échelle d'évaluation de la sévérité des symptômes.
- utilisation d'une dose de charge orale d'une BZD à demi-vie longue. 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.

Autres psychotropes

Le méprobamate, le tétrabamate, les barbituriques et les neuroleptiques ont un rapport bénéfice-risque inférieur à celui des BZD.

Les traitements associés

L'hydratation : les apports hydriques doivent être suffisants mais sans hyperhydratation. Les perfusions sont à éviter chez le malade conscient.

La prescription de magnésium n'est à envisager qu'en cas d'hypokaliémie.

La thiamine : le sevrage peut favoriser l'apparition de troubles graves neurologiques

ou cardiaques par carence en thiamine, en particulier en cas d'apport glucosé associé. Il est nécessaire d'administrer de la thiamine (500 mg par jour) à tout patient débutant un sevrage. L'administration parentérale, de préférence par perfusion intraveineuse, doit être préconisée en cas de signes cliniques de carence pendant la première semaine.

Aucune des méthodes thérapeutiques non conventionnelles, aussi appelées alternatives, n'a démontré un 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 ; ces échelles restent 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 PROPOSER LORSQUE L'ALCOOLO-DÉPENDANCE 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.

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

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

1 - 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.

L'aide à l'arrêt du tabac est trop peu fréquemment proposée par les soignants. Les raisons invoquées en sont diverses : ne pas compromettre le sevrage alcoolique, dépendance nicotinique socialement bien acceptée et 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. Deux modalités pratiques sont possibles :

- un sevrage alcoolique associé à une substitution nicotinique qui permet en réalité de différer le sevrage tabagique ;
- une thérapeutique commune au sevrage alcoolique et tabagique par la clonidine. Ses effets secondaires justifient son utilisation en milieu hospitalier.

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

RECOMMANDATIONS

Le jury souligne la nécessité de :

- prendre en compte le tabagisme précoce et de renforcer les actions d'information en particulier auprès des adolescents sur les dangers des

- consommations de substances psycho-actives ;
- proposer un sevrage simultané dès que le stade de motivation des patients le permet, ce qui nécessite d'aborder d'emblée l'information et les modalités du sevrage tabagique.

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

2 - ALCOOL ET BENZODIAZÉPINES

La consommation concomitante d'alcool et de BZD est susceptible d'engendrer de graves troubles du comportement.

L'alcoolodépendant doit être considéré comme un sujet à risque de dépendance aux BZD.

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.

RECOMMANDATIONS

Le jury recommande de ne pas prescrire de BZD chez un alcoolodépendant non sevré.

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). Après cette étape, la posologie de BZD doit être réduite de 25 % par paliers de trois jours.

D'autres stratégies peuvent être rendues nécessaires par la situation clinique : augmentation de la posologie, changement de molécule en faveur d'une BZD à demi-vie longue.

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

3 - ALCOOL ET OPIACÉS

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.

RECOMMANDATIONS

Le sevrage simultané de l'alcool et de l'héroïne impose une hospitalisation.

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 : incidence de l'alcoolodépendance ? interactions pharmacodynamiques et pharmacocinétiques ? pronostic psychopathologique ?

4 - ALCOOL ET COCAÏNE

Cette addiction simultanée est considérée comme fréquente. Il n'existe pas de traitement codifié pour le sevrage. L'utilisation de BZD n'a pas apporté la démonstration de sa pertinence.

RECOMMANDATIONS

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

Un accompagnement psychothérapeutique et un soutien socio-éducatif longuement poursuivis sont indispensables pour le traitement des patients polydépendants.

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

1 - PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES

Anxiété

Trois causes sont possibles : liée au sevrage, induite par la dépendance, ou plus rarement pathologie psychiatrique (phobie, trouble panique, anxiété généralisée).

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. Le niveau de preuve d'efficacité est plus élevé pour les BZD que pour les carbamates. En ambulatoire, 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 ses formes cliniques.

Dépression

Des symptômes dépressifs existent fréquemment lors du sevrage ; la plupart régressent en 2 à 4 semaines. Cependant, dans 10 à 15 % des cas, le tableau est plus sévère, pouvant inclure des caractéristiques mélancoliques.

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

RECOMMANDATIONS

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

Ce délai doit être remis en cause en cas d'acuité et d'intensité particulière du syndrome dépressif, accentuant le risque suicidaire.

Les anti-dépresseurs seront prescrits, lorsqu'ils sont indiqués, aux mêmes posologies et pendant le même temps que pour les autres formes de dépression.

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 ou à des conduites d'abus d'alcool.

RECOMMANDATIONS

L'association d'une psychose et d'une alcoolodépendance impose une prise en charge intégrée des deux troubles.

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 .

2 - PATHOLOGIES SOMATIQUES

Pathologies hépatiques d'origine alcoolique ou d'origine virale

Le sevrage a un effet favorable sur ces pathologies, qu'elles soient d'origine alcoolique, ou d'origine virale B ou C.

Pancréatite chronique alcoolique

Elle justifie un sevrage.

Désordres nutritionnels et neuropathies

- *Malnutrition, encéphalopathies carencielles*
L'encéphalopathie de Gayet Wernicke doit être prévenue par l'apport systématique de vitamine B1 (cf. Q3). Il s'agit d'une urgence métabolique dont le traitement est l'apport intraveineux de 1g par jour de thiamine.
- *Hyponatrémie sévère*
L'hyponatrémie profonde ou accompagnée de signes neurologiques impose l'hospitalisation. Son traitement doit être progressif, basé sur la restriction hydrique et un apport normosodé.

- *Polynévrite et myopathie alcoolique*
Elles peuvent être améliorées par l'abstinence et une nutrition adaptée.

Complications cardiovasculaires

Le sevrage peut améliorer la cardiomyopathie alcoolique et diminuer le risque de troubles du rythme.

L'hypertension artérielle, fréquente chez les malades de l'alcool, doit être surveillée.

Interactions médicamenteuses

Le sevrage favorise l'accumulation des médicaments et incite à en adapter les doses.

Pathologie chirurgicale intercurrente et sevrage accidentel

La non connaissance de l'alcoolodépendance peut entraîner une sévérité accrue du syndrome de sevrage et des infections post-opératoires éventuelles.

RECOMMANDATIONS

Le sevrage fait partie intégrante du traitement des complications somatiques de l'alcool.

En cas d'insuffisance hépatocellulaire ou de cirrhose 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 la recherche pré-opératoire d'une alcoolodépendance, ainsi que des signes précurseurs des accidents neurologiques du sevrage en post-opératoire (cf. Q6).

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

INTRODUCTION

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

Ces accidents surviennent lors d'un sevrage imposé ou résultent d'une erreur dans la conduite d'un sevrage programmé.

Ils justifient dans tous les cas, suivant le degré de gravité, une hospitalisation en unité de soins intensifs ou en unité médicale conventionnelle.

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

1 - DELIRIUM TREMENS

Le traitement psychotrope repose sur l'utilisation par voie intra-veineuse de BZD.

Le diazépam et le flunitrazépam ont été validés dans cette indication. La préférence est donnée au diazépam à dose de charge (10 mg / heure). Le midazolam intra-veineux est aussi largement utilisé en pratique, bien que non validé.

Le risque de dépression respiratoire impose l'hospitalisation dans une structure disposant de moyens de réanimation et de l'antidote (flumazénil).

Les autres psychotropes, tiapride, phénothiazine, méprobamate, clométhiazole, barbituriques, ne peuvent être recommandés dans cette indication. L'halopéridol est utilisé en association aux BZD en cas de syndrome hallucinatoire persistant.

La rééquilibration hydroélectrolytique est indispensable, sous couvert d'un bilan paraclinique initial et renouvelé. Les apports hydriques (par voie parentérale) visent à corriger la déshydratation sans excès et relancer la diurèse. L'adjonction de 500 mg/j de thiamine est indiquée en cas d'apport glucosé.

- l'hyperthermie doit être corrigée ;
- le traitement de l'hypokaliémie fait appel à l'apport conjoint de potassium et de magnésium.

La clonidine peut avoir un intérêt dans le traitement d'une poussée hypertensive

majeure.

Le traitement étiologique doit être dans tous les cas appliqué conjointement.

2 - CRISE(S) CONVULSIVE(S)

Les autres étiologies, fréquentes dans la maladie alcoolique, doivent être recherchées d'emblée

- hypoglycémie, hyponatrémie ;
- traumatisme crânien ;
- infection cérébro-méningée ;
- accident vasculaire cérébral ;
- intoxication médicamenteuse ;
- épilepsie alcoolique.

Les convulsions de sevrage

- elles touchent des sujets à risque (utilisation de psychotropes, antécédent convulsif, antécédent de traumatisme crânien) ;
- 90 % d'entre elles surviennent dans les 48 premières heures ;
- elles sont de type grand mal dans 95 % des cas ;
- elles récidivent de façon rapprochée à court terme dans les 12 heures ;
- elles ne comportent pas d'anomalies électroencéphalographiques.

Le traitement

Les convulsions indépendantes du sevrage font l'objet d'un traitement spécifique. Une crise convulsive unique de sevrage ne justifie pas un traitement anticomitial. Lorsque les crises se reproduisent, un traitement par voie intraveineuse par diazépam ou clonazépam est justifié dans la mesure où l'on dispose de moyens de réanimation respiratoire. Dans le cas contraire 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 intramusculaire étant déconseillée.

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

Alcoologie, 1999, tome 21, suppl au n°2

Les Conférences de Consensus © SNFGE, 2001