



HÔPITAL DE LA CITADELLE

Journée Médicale

SAMEDI 22.11.25



Medtronic





Regards croisés sur l'alcool aspects sociétaux, cliniques et biomarqueurs

22/11/25

Dr. Sc Michaël Hogge
Dr. Thomas Orban
Dr. Desselle Françoise
Dr. Sqalli Ghali

Intervenants



Hogge
Mickaël

Dr. Sciences
psychologiques



Orban
Thomas

Médecin
généraliste et
addictologue



Desselle
Françoise

Gastro-
entérologue



Sqalli
Ghali

Médecin
biologiste

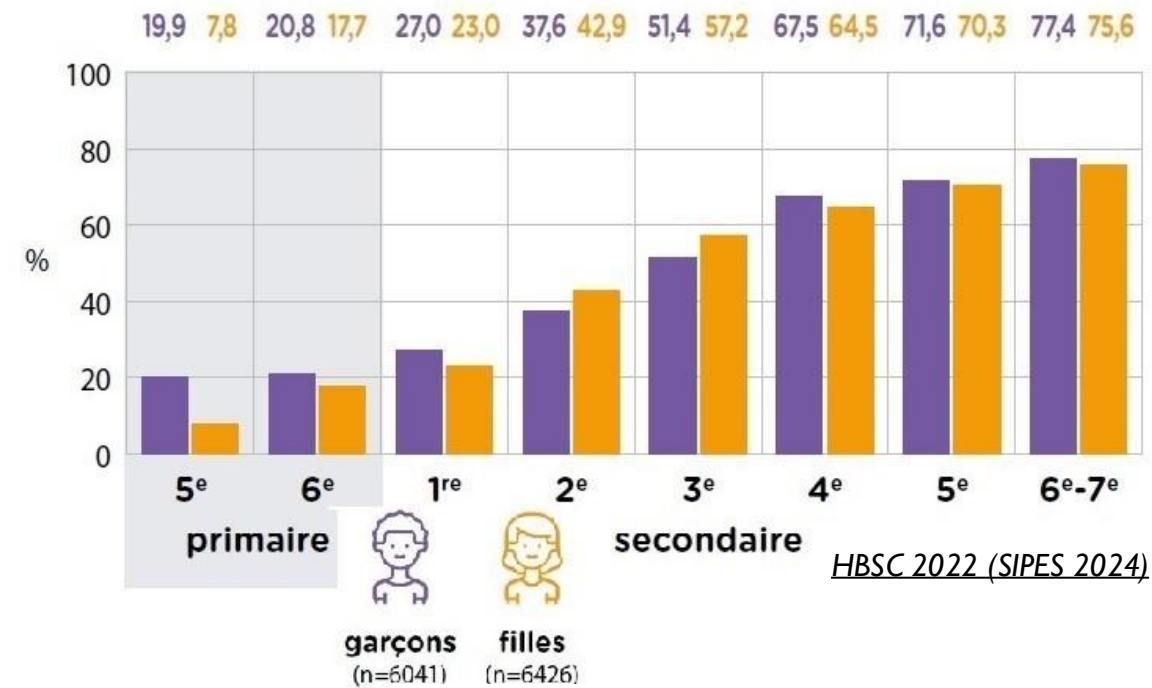
Epidémiologie de l'usage d'alcool

- L'usage en population scolaire
- L'usage en population étudiante
- L'usage en population générale
- La morbidité et la mortalité liées à l'alcool
- Les facteurs de risque et de protection

L'usage d'alcool en population scolaire

Expérimentation

Proportions d'élèves ayant consommé de l'alcool au moins un jour dans leur vie, en fonction du genre et du niveau scolaire



Distribution des élèves du secondaire selon l'âge d'expérimentation de l'alcool, parmi ceux en ayant déjà consommé, en fonction du genre

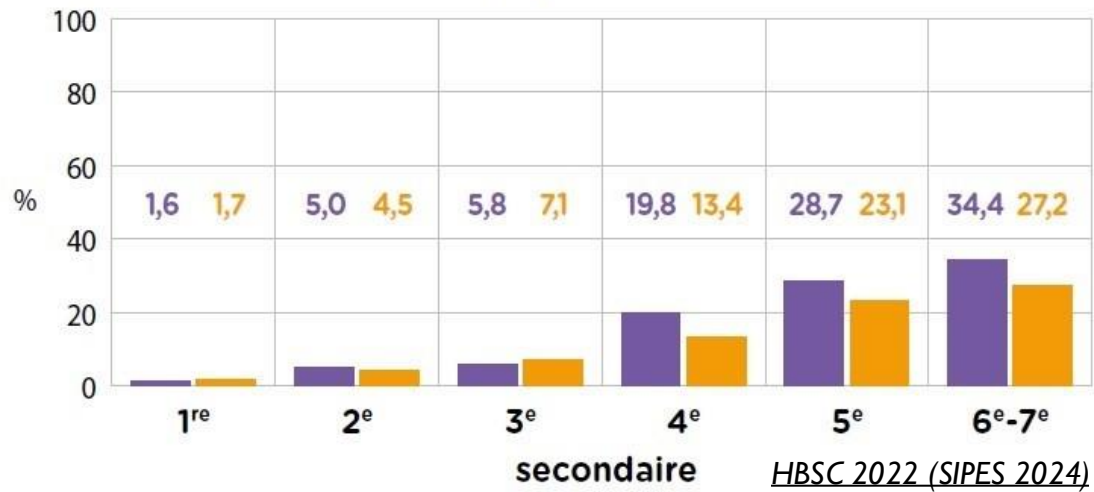


- 🔍 Précocité (non-respect âge légal)
- 🔍 Garçons ≈ filles
- 🔍 Augmentation avec l'âge

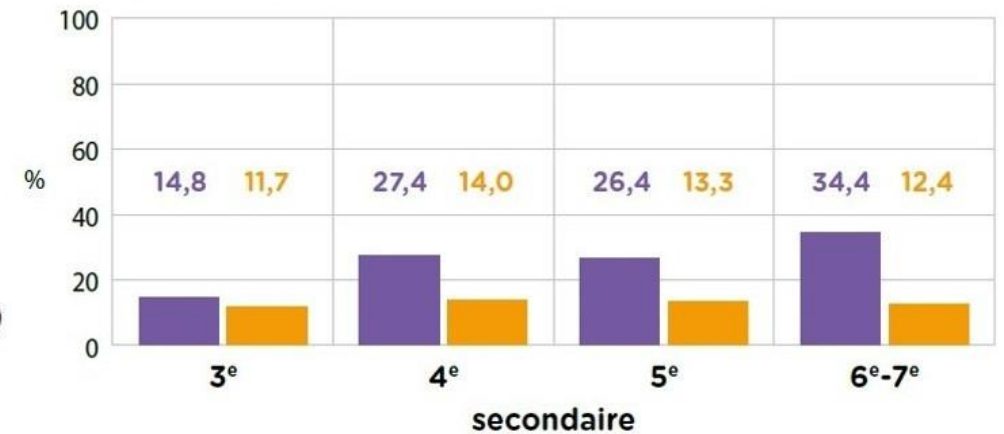
L'usage d'alcool en population scolaire

Usage hebdomadaire et binge drinking

Proportions d'élèves du secondaire consommant au moins une boisson alcoolisée chaque semaine, en fonction du genre et du niveau scolaire



Proportions d'élèves du 2^e-3^e degré du secondaire pratiquant le *binge drinking*, en fonction du genre et du niveau scolaire



- 🔍 Habitudes de (sur)consommation
- 🔍 Garçons > filles
- 🔍 Augmentation avec l'âge

L'usage d'alcool en population scolaire

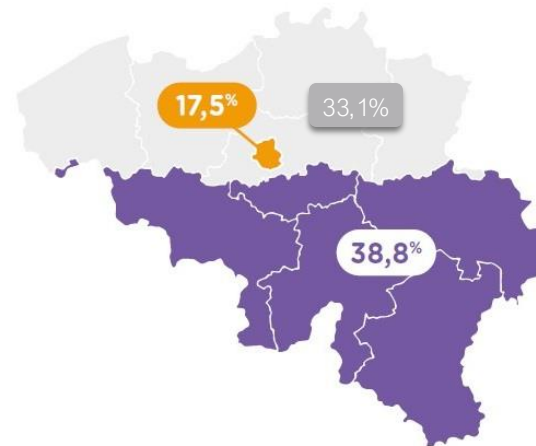
Disparités régionales

Expérimentation de l'alcool à Bruxelles et en Wallonie

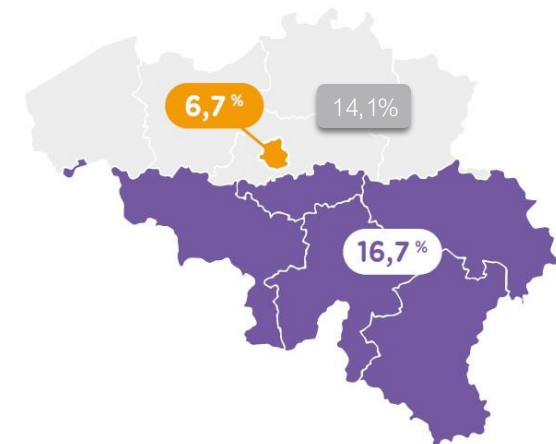


HBSC 2022 (SIPES 2024)

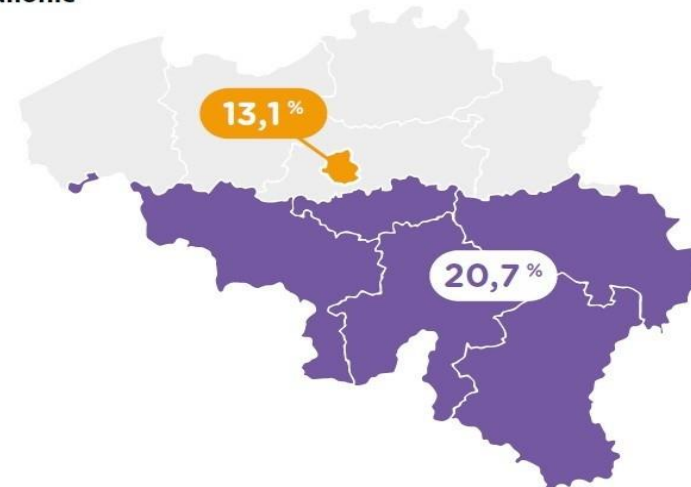
Consommation d'alcool au moins un jour au cours du mois précédant l'enquête à Bruxelles et en Wallonie



Consommation d'au moins une boisson alcoolisée chaque semaine dans le secondaire à Bruxelles et en Wallonie



Pratique du *binge drinking* des élèves du 2^e-3^e degré du secondaire à Bruxelles et en Wallonie



Wal > Flandre > Bxl

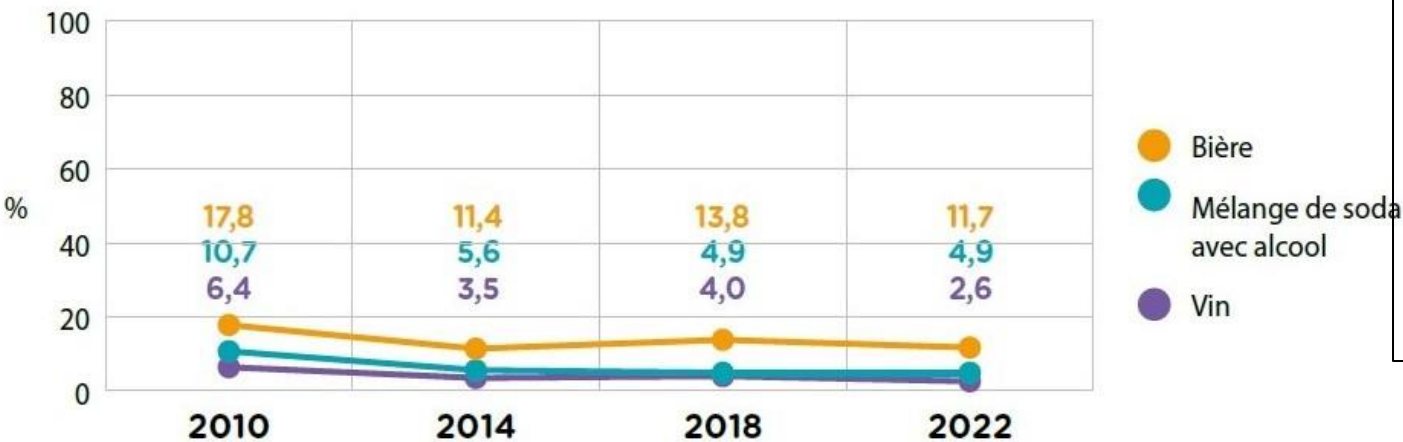
Corrélations avec santé, bien-être, environnement social et familial



L'usage d'alcool en population scolaire

Tendances baissières

Consommation de boissons alcoolisées (bière, mélange de soda avec alcool, et vin) chaque semaine entre 2010 et 2022*, dans le secondaire



* Prévalences standardisées pour l'âge, le genre et la perception de l'aisance financière, avec la population d'enquête de 2022 comme référence ; analyses non pondérées.

HBSC 2022 (SIPES 2024)

- 🔍 Non-spécifique à l'alcool
- 🔍 Non-spécifique à un territoire

Hypothèses explicatives

- Mesures législatives
- Sensibilisation
- Normes sociales
- **Normes parentales**
- **Décalage temporel**
- **Révolution numérique**
- Flux migratoire
- Consentement ?
- Substitution

Pape et al., 2018

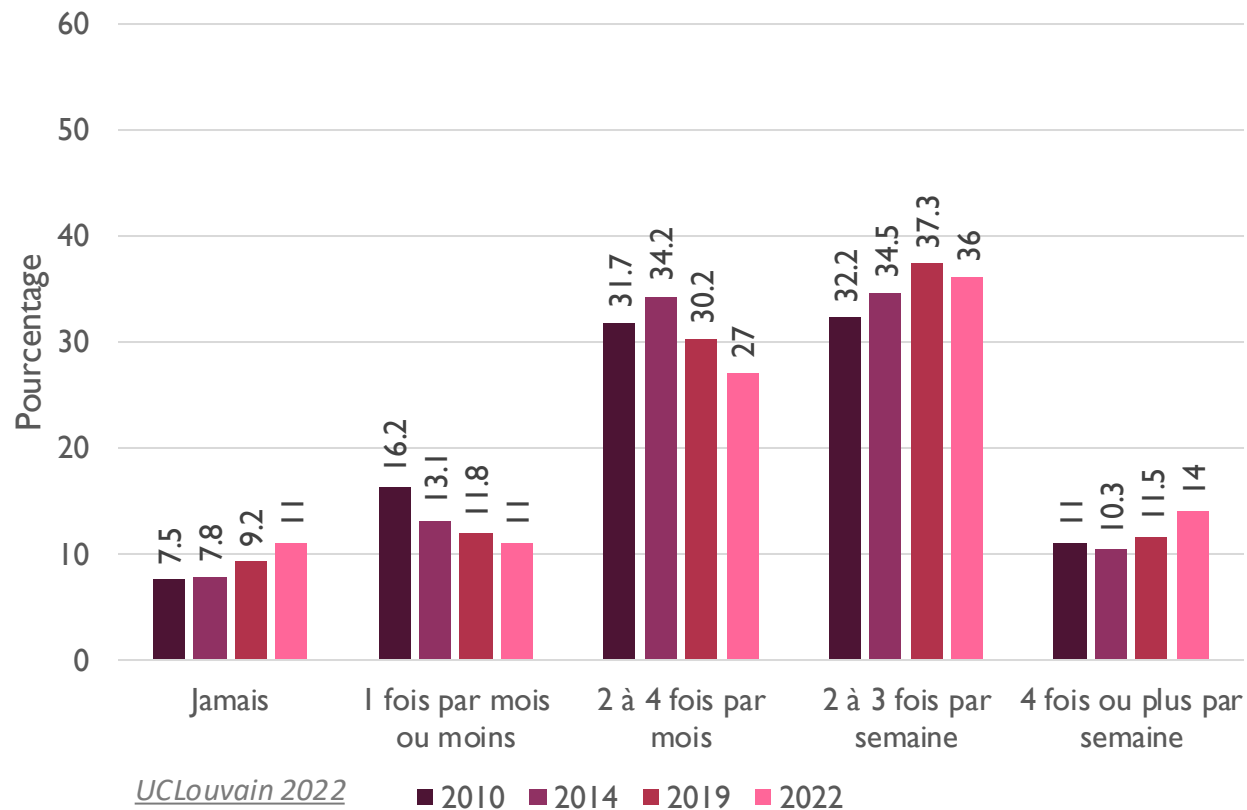
Vashishtha al., 2019

- ⚠️ *Heavy drinking* stable
- ⚠️ ↘ différences de genre
- ⚠️ Quid des jeunes hors HBSC?
- ⚠️ Utilisation des écrans ↗
- ⚠️ Santé mentale ↘

L'usage d'alcool en population étudiante

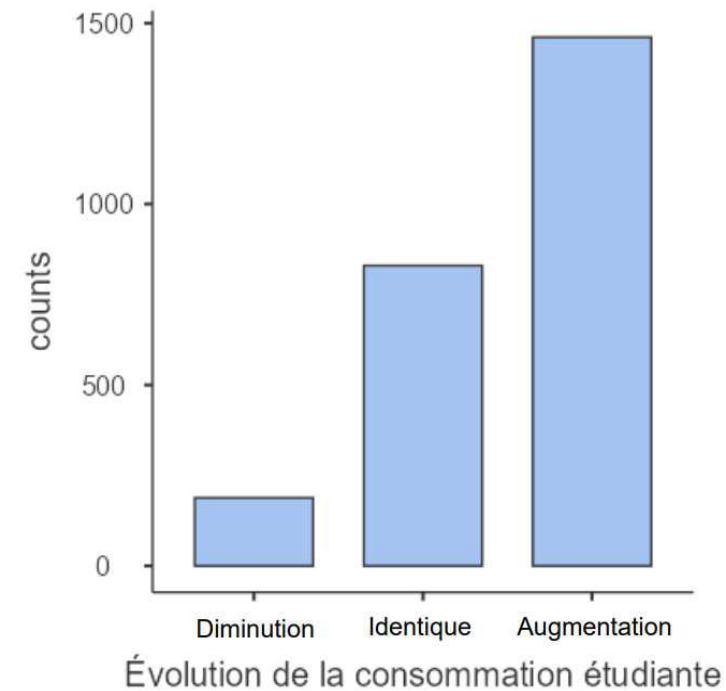
Tendances haussières

ÉVOLUTION DE LA FRÉQUENCE DE CONSOMMATION D'ALCOOL
ENTRE 2010 ET 2022



Billaux, Gautier et Maurage, 2023

Évolution depuis l'entrée à l'Université



🔍 ↗ **consommation hebdomadaire**
12 → 14,5 unités

🔍 **Autres indicateurs stables**

L'usage d'alcool en population étudiante

Tendances haussières

🔍 **Binge drinking: 48% des étudiants** (hommes 60%, kot 62%, activités étudiantes 80%)

🔍 **Audit (Alcohol Use Disorders Identification Test)**

Crédit image: Billaux, Gautier et Maurage, 2023

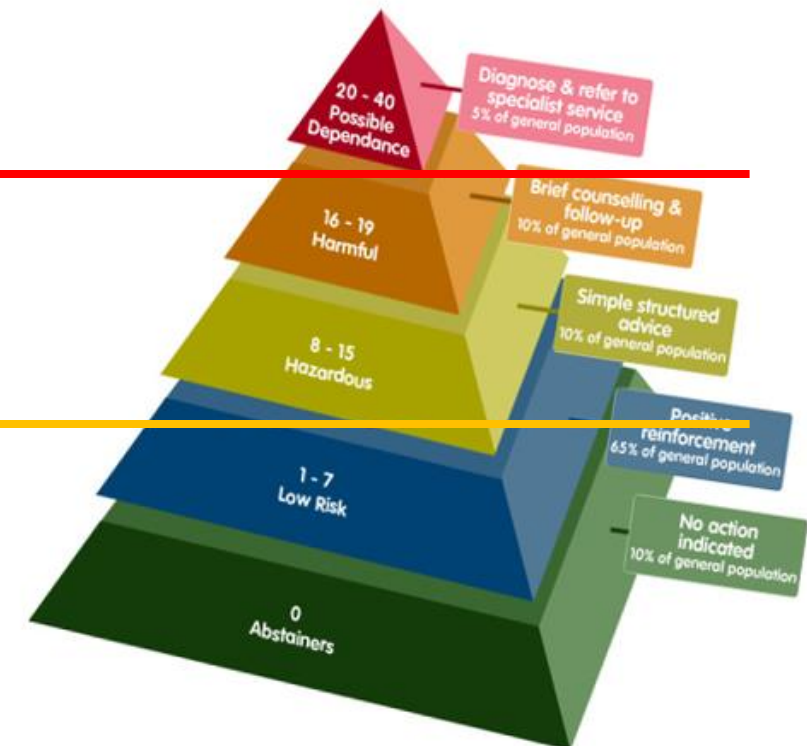
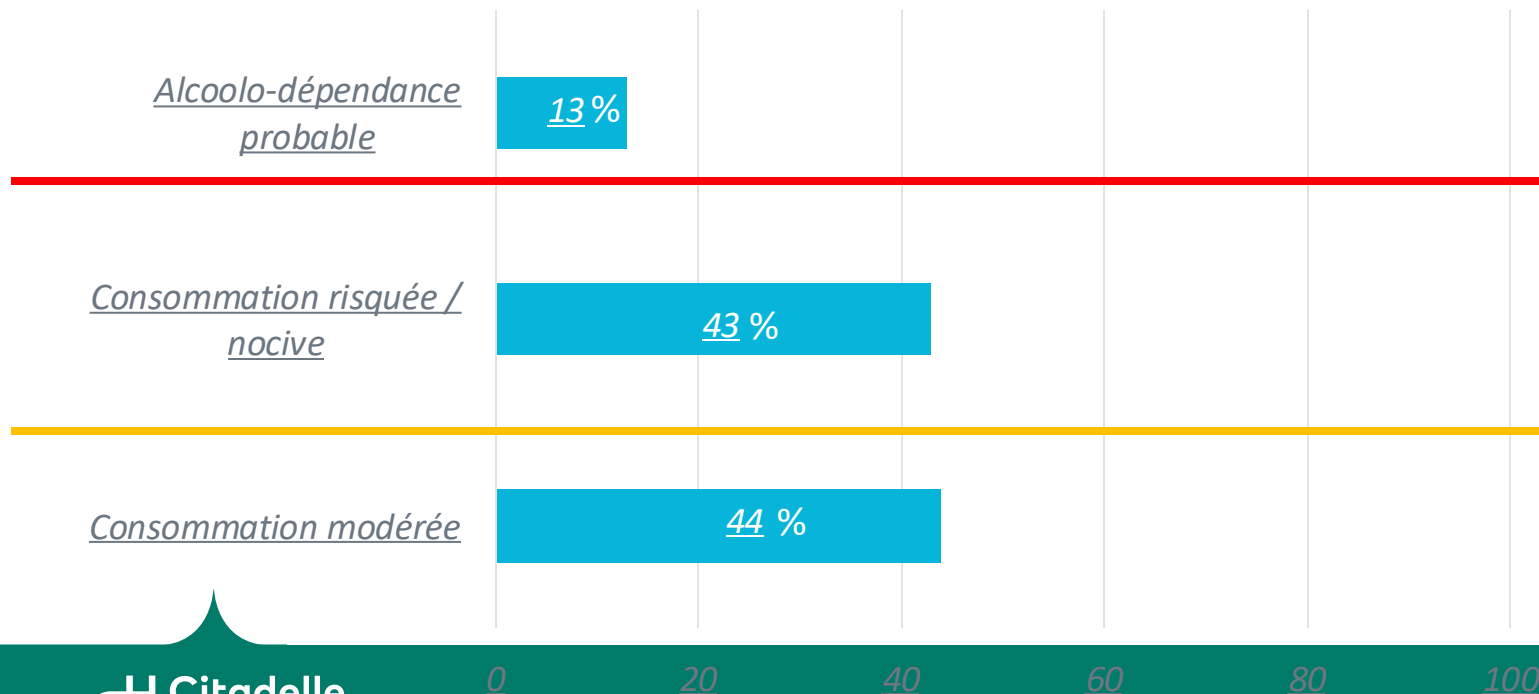


Tableau 1 • Évolution de la consommation d'alcool en Belgique, Enquête de santé 2023-2024

	2001	2004	2008	2013	2018	2023 2024
Pourcentage de la population de 15 ans et plus qui ...						
• n'a jamais consommé d'alcool de sa vie	-	-	-	13,2	16,8	15,4
• a consommé de l'alcool dans les 12 mois	80,5	84,2	80,4	81,8	76,6	78,2
• consomme de l'alcool tous les jours	9,7	9,2	12,2	14,2	9,7	7,7
• consomme plus de 10 unités par semaine	-	-	-	16,9	14,0	16,0
• surconsomme (F >14/sem. ; H >21/sem.)	9,3	9,0	7,9	6,4	5,9	6,6
• s'hyper-alcoolise (6+/occ.) chaque semaine	-	-	8,1	8,5	7,6	9,0
• binge drink (F 4+/2h ; H 6+/2h) chaque mois	-	-	-	-	11,4	11,0
• a une consommation problématique actuelle	-	-	-	-	7,0	9,9
Parmi les consommateurs de 15 ans et plus :						
• Age moyen au début de la consommation	-	-	18,2	18,3	17,7	17,6
• Nombre moyen de consommations par semaine	-	-	-	10,6	9,4	10,3
• % ayant une consommation à moindre risque	-	-	-	38,8	36,7	34,8

- 🔗 Stabilité ou légère hausse pour la plupart des indicateurs (Covid?)
- 🔗 Diminution de l'usage quotidien
 - percolation des efforts de prévention?
 - attitudes pro-santé ?
 - meilleure détection/intervention précoces?
 - « mesurette » politiques? (De Block 2019, Plan alcool 2023)
- 🔗 Wallonie > Flandre > Bxl

🔗 Indicateurs de consommation positivement corrélés au gradient socioéconomique économique, consommation « professionnelle », mode de vie et opportunités festives...

🔗 Indicateurs de morbidité/mortalité négativement corrélés au gradient SE

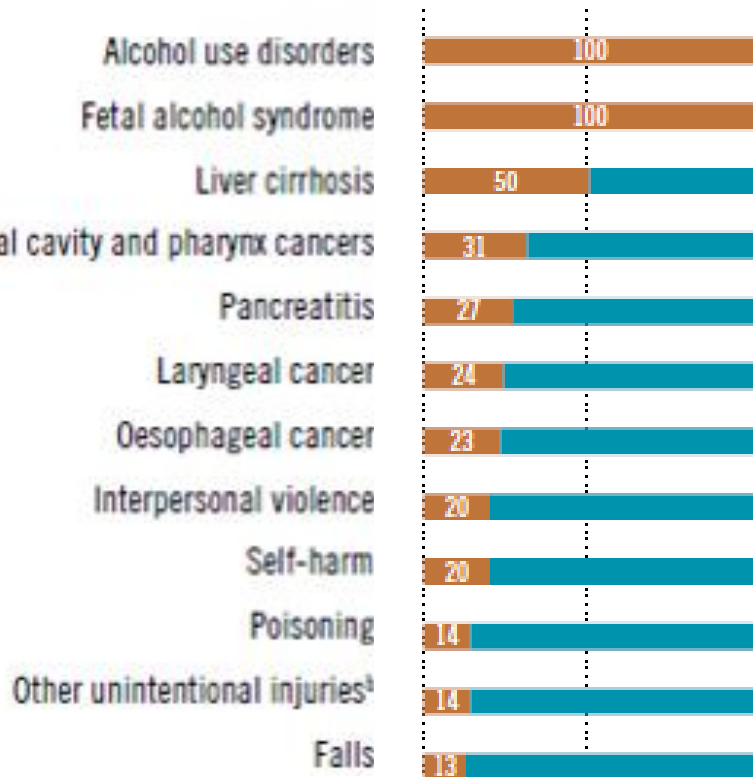
⇒ H1. Déclassement social. H2. Comorbidités (diabète, obésité, tabagisme...). H3. Inégalités sociales de santé (stress associés aux conditions de vie et de travail, littératie en santé, ressources économiques, sociales, cognitives...)

} *Alcohol-harm paradox* ⇒ facilité
Bloomfield et al., 2020
Boyd et al., 2022

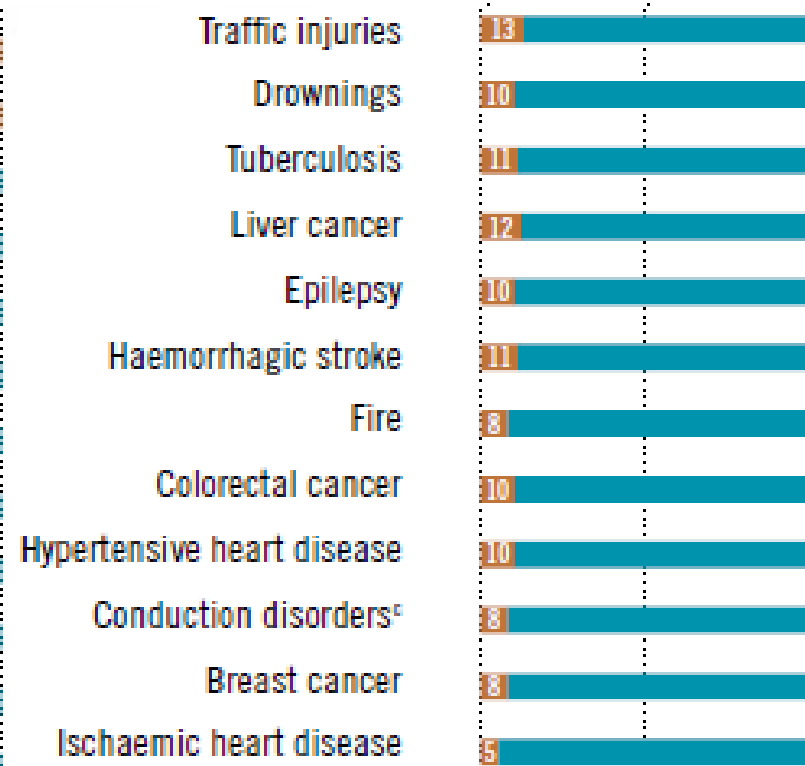
La morbidité et la mortalité

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

All global DALYs^a (%)



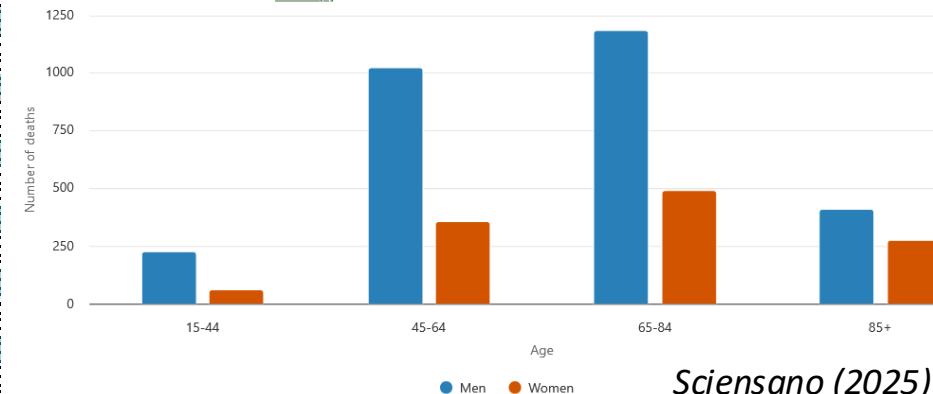
All global DALYs^a (%)



Impliqué dans + de 200 maladies ou traumatismes (ICD-10)
4,43% des décès en Belgique

Distribution of alcohol-attributable deaths, by age and sex, Belgium, 2021

Source: Own calculations based on data from Statbel [1]

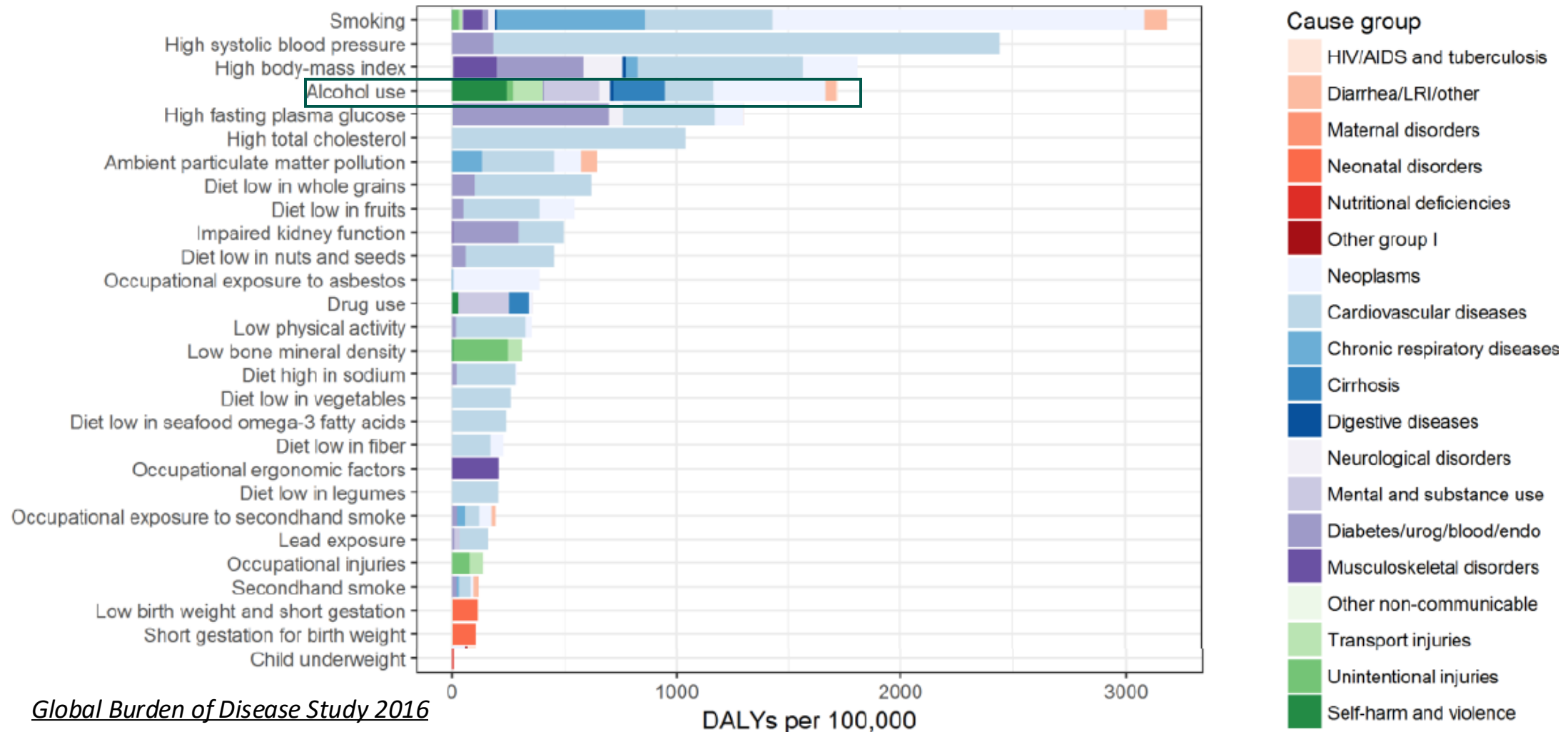


Sciensano (2025)

DALY = Années de vie perdues ou en mauvaise santé

La morbidité et la mortalité

Part des facteurs de risque dans la charge de morbidité (DALY) en Belgique, 2016



Facteurs de protection

- › Prédispositions génétiques**
- › Biologie féminine (les femmes ayant une sensibilité physiologique supérieure à l'alcool que les hommes, elles tendraient à moins consommer)
- › Introduction à l'alcool dans un contexte familial
- › Entrée dans l'âge adulte (prise de responsabilités)
- › Perception positive de sa capacité à refuser de l'alcool
- › Socialisation genrée «traditionnellement» féminine (modération, féminité, discipline, etc.)
- › Compétences psychosociales (esprit critique, résistance aux influences, etc.)
- › Influence des pairs
- › Confiance en soi
- › Évènements de vie stressants (en termes de santé)
- › Traits de personnalité (combativité)
- › Nature des motivations à consommer (sociale, conformité)
- › Attentes négatives vis-à-vis de la consommation d'alcool

Facteurs de risque

INDIVIDU

- › Prédispositions génétiques**
- › **Biologie féminine** (les femmes sont davantage vulnérables aux conséquences et effets néfastes liés à la consommation d'alcool)
- › Biologie masculine (les hommes ayant une moindre réactivité physiologique à l'alcool que les femmes, ils tendraient à boire davantage pour atteindre l'ivresse, ce qui peut contribuer à une accoutumance et une augmentation de la consommation)
- › Âge (les jeunes personnes sont plus susceptibles d'avoir des comportements de consommation extrêmes)
- › Âge (les jeunes personnes courent davantage de risques de dommages physiques, notamment les blessures et accidents, en raison de leur manque d'expérience avec l'alcool et une physiologie plus sensible)
- › **Exposition précoce à l'alcool*****
- › Socialisation genrée «traditionnellement» masculine (prise de risque, injonction à la virilité, etc.)
- › **Surestimation de la consommation des pairs**
- › Parcours scolaire chaotique ou sortie précoce de l'école
- › Faible confiance en soi
- › Évènements de vie stressants (victime d'un crime, passage à la pension)
- › **Santé mentale** (anxiété, dépression, prédisposition au stress, schizophrénie, troubles bipolaires, etc.)
- › **Stress**
- › **Traits de personnalité** (prise de risque, impulsivité, recherche de sensations, etc.)
- › Nature des motivations à consommer (affronter, gérer ses problèmes)
- › Appartenance à une minorité (orientation sexuelle, genre, religion, couleur de peau, etc.)
- › Attentes positives vis-à-vis de la consommation d'alcool
- › Disponibilité subjective forte (alcool est perçue comme facilement obtainable)
- › Consommation d'autres drogues (tabac, médicaments psychotropes)

Facteurs de protection

Facteurs de risque

CONTEXTE SOCIOÉCONOMIQUE, CULTUREL ET ENVIRONNEMENTAL

- › Restriction voire interdiction de la publicité
- › Disponibilité restreinte de l'alcool
- › Instauration d'un âge minimum légal
- › Culture dévalorisant la consommation d'alcool
- › Politiques publiques veillant à ne pas renforcer les inégalités sociales (y compris de genre)

- › Marketing et publicité des alcooliers (valorisation des produits et de leur consommation)
- › Forte disponibilité de l'alcool
- › Faible coût de l'alcool
- › Banalisation de la consommation d'alcool
- › Société inégalitaire et discriminante

STATUT SOCIOÉCONOMIQUE

- › Statut socioéconomique élevé (moindres dommages et conséquences)
- › Statut socioéconomique faible (davantage d'abstinence)

- › Statut socioéconomique faible (davantage de dommages et conséquences)
- › Absence de domicile fixe

RÉSEAUX SOCIAUX ET COMMUNAUTAIRES

- › Réseau social fort (soutien)
- › Pratique pieuse d'une religion*
- › Participation à la vie associative
- › Insertion professionnelle
- › Engagement dans des activités structurées (sport, musique, quartier, etc.)

- › Exclusion sociale/marginalisation
- › Pairs consommateurs
- › Valorisation des pairs consommateurs intensifs
- › Conditions de travail difficiles (stress, pénibilité physique)

MILIEU FAMILIAL

- › Structure familiale pendant l'enfance ou l'adolescence
- › Liens forts au sein de la famille
- › Participation aux activités familiales
- › Stabilité au sein du couple

- › Manque d'affection parentale ou perception d'un rejet parental
- › Famille dysfonctionnelle
- › Manque de soutien ou de supervision parentale
- › Rupture/divorce
- › Violences intrafamiliales
- › Parents consommateurs (problématiques)
- › Frères et sœurs aînés consommateurs
- › Célibat

LE MODÈLE TRIVARIÉ

PRODUIT

Facteurs internes : toxicité, potentiel addictif, potentiel de modification psychique
Facteurs externes : mode d'administration, fréquence d'usage, quantité et qualité du produit, polyconsommation

INDIVIDU

Âge, genre, état de santé mentale et physique, compétences psychosociales, personnalité, vulnérabilités physiques et psychologiques, etc.

ENVIRONNEMENT

Milieus de vie (familial, scolaire, social, professionnel, ...), contexte de consommation, situation socio-économique, statut social et juridique du produit, influence des pairs

Fiche Pratique : Mésusage du protoxyde d’azote

 
Michael Hogge, Eurotox et Lou Richelle, DMG-ULB

CONTEXTE

Le **protoxyde d'azote (N₂O)** est un **gaz incolore au goût légèrement sucré**, utilisé en médecine pour ses **propriétés anxiolytiques, sédatives et analgésiques**. Il fait aussi l'objet d'un usage détourné en raison de ses effets euphorisants et des rires incontrôlables qu'il peut provoquer, d'où son surnom de « **gaz hilarant** ». Initialement vendu sous forme de petites capsules pour siphon à chantilly, le N₂O est aujourd'hui disponible dans des formats plus volumineux spécifiquement destinés à l'usage récréatif (bonbonnes ou « tanks »).

En Belgique francophone, environ **3 % des élèves de l'enseignement secondaire supérieur** déclarent avoir déjà consommé **au moins une fois du N₂O**. Chez les **étudiant.e.s de l'enseignement supérieur**, l'usage au cours des 12 derniers mois s'élève de **3 à 4 %**¹. Dans ces populations, la consommation est majoritairement occasionnelle. Chez les **personnes consommatrices de drogues**, la prévalence rapportée est **plus élevée (5,7 % au cours des 12 derniers mois)**¹.

La législation belge interdit la vente de capsules de N₂O aux mineur.e.s **depuis 2022**. Depuis 2024, l'usage détourné ainsi que la vente en vue d'un usage détourné sont également passibles de sanctions.



EFFETS RECHERCHÉS

Lorsqu'il est utilisé à des fins récréatives, le gaz est généralement libéré dans un ballon de baudruche, puis inhalé. L'**effet euphorisant** se manifeste rapidement, mais ne dure que quelques instants. Il peut s'accompagner de **distorsions sensorielles, de bouffées de chaleur, d'une lourdeur corporelle** et d'une **faiblesse musculaire transitoire**. À fortes doses, un **effet dissociatif** peut apparaître, caractérisé par une **indifférence aux stimulations corporelles**, voire une **incapacité à mobiliser le corps**.

COMPLICATIONS ET MANIFESTATIONS CLINIQUES

En utilisation aiguë : il y a un risque de brûlures par le froid², d'embolie pulmonaire, voire d'asphyxie³, en particulier en cas de mauvaise utilisation (e.g. consommation du gaz sans réchauffement préalable, consommation dans un endroit confiné ou via un masque). Des accidents sont également possibles suite à la modification de l'état de conscience et du comportement. D'autres effets indésirables peuvent survenir (vertiges, nausées et vomissements).

En utilisation chronique : des complications graves peuvent survenir, généralement après plusieurs semaines ou mois d'usage chronique :

- **Complications neurologiques** : myélopathies, neuropathies sensorimotrices périphériques, et plus rarement, encéphalopathies⁴. Ces atteintes, les plus fréquentes en usage chronique, sont principalement dues à une inactivation fonctionnelle de la vitamine B12 (en raison de l'oxydation de l'atome cobalt) qui va entraîner une perturbation de la conversion de l'homocystéine en méthionine, laquelle est indispensable à la synthèse de myéline. Les signes cliniques incluent paresthésies, troubles moteurs, faiblesse généralisée et, dans les cas les plus graves, anomalies des réflexes. On observe aussi une réduction de la force et de la sensibilité, ainsi qu'une perturbation des sensations douloureuses et thermiques. Un déclin cognitif peut également être observé (désorientation, MMSE déficitaire), de même que certaines manifestations psychiatriques, généralement en cas d'encéphalopathie (paranoïa, délire, hallucinations). Le plus souvent, ces symptômes disparaissent progressivement en cas d'arrêt de la consommation et de mise en place d'un traitement adéquat. L'amélioration peut toutefois s'étaler sur plusieurs mois et des séquelles peuvent subsister.
- **Complications hématologiques** : l'inactivation de la vitamine B12 peut entraîner une hyperhomocystéinémie et une anémie macrocytaire mégaloblastique, augmentant le risque thrombotique (embolie pulmonaire, AVC)^{5,6}. Une hyperpigmentation cutanée sur la face dorsale des doigts et des orteils est également parfois rapportée.
- **Un trouble lié à l'usage de N₂O (TUP) est désormais documenté dans la littérature**⁸, bien que relativement peu

SEULE LA PARTICIPATION DE LA FRANGE



COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues en Wallonie et à Bruxelles

Etat des lieux de la consommation de kétamine en Belgique francophone

Mai 2025

1. INTRODUCTION

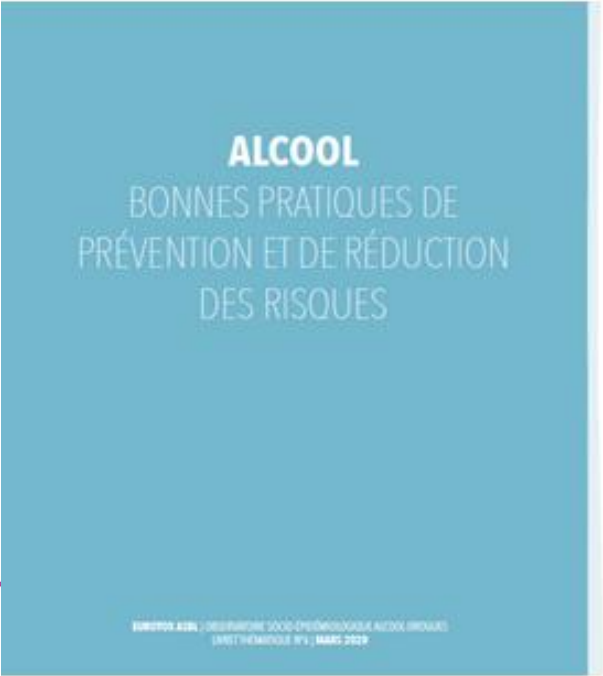
La kétamine est une substance synthétique dérivée de la phencyclidine (PCP), découverte en 1962. Utilisée depuis plusieurs décennies sous forme injectable, elle occupe une place importante en anesthésiologie, tant en médecine humaine que vétérinaire, notamment lorsque l'assistance respiratoire n'est pas envisageable¹.

L'usage détourné de kétamine est documenté dès les années 1970 (Jansen, 2000). D'abord circonscrit à des cercles restreints de psychonautes souvent affiliés au courant New Age et aux spiritualités alternatives, qui bénéficiaient d'un accès facilité au produit sous forme médicamenteuse, cet usage s'étend progressivement au-delà de ces milieux. À partir du milieu des années 1980 — et au début des années 1990 en France — il gagne les scènes festives techno et les adeptes des rave parties, où la kétamine est principalement consommée pour ses effets dissociatifs et hallucinogènes (Reynaud-Maurupt & Akoka, 2004). Ces dernières années, son usage s'est diffusé dans une diversité de contextes festifs, où elle est généralement prise par voie nasale, en petites quantités. La consommation vise alors

des phénomènes de dépersonnalisation, de déréalisation et une dissociation corps-esprit (incluant paralysie et sensation de sortie du corps). Ces effets, rarement compatibles avec un usage festif, peuvent néanmoins être recherchés par certain.e.s usager.e.s.

L'augmentation de la consommation festive de kétamine est observée sur l'ensemble du territoire belge, ainsi que dans d'autres pays européens (EUDA, 2024). Cette tendance est mise en évidence par divers indicateurs, révélant à la fois une hausse de l'offre (saisies policières et douanières) et de la demande (infractions liées à la détention, auto-déclarations dans les enquêtes de consommation). Corollairement, on observe un accroissement des conséquences sanitaires, telles que les intoxications aiguës et les demandes de soins en lien avec un usage problématique.

Parallèlement à cette évolution des usages récréatifs, l'utilisation médicale de la kétamine s'est également élargie. Au-delà de son emploi traditionnel en anesthésie, elle est aujourd'hui aussi administrée sous supervision médicale en milieu hospitalier, notamment dans le cadre de traitements ambulatoires des douleurs chroniques ou des dépressions résistantes aux traitements conventionnels². Dans certains pays, elle est





Alcool...

Mener une consultation

Dr Thomas Orban Médecin généraliste & addictologue

Sans conflits d'intérêt

Objectifs

En 10 min...

- _ donner des **repères simples et concrets**
- _ Pour structurer une consultation alcool
- _ Sans jugement, avec une posture bienveillante et motivante

Un petit rappel..

Le médecin ne peut agir de façon stigmatisante: la problématique est si complexe que **le patient ne peut être tenu responsable** de sa dépendance. **L'accent doit être mis sur l'aide**, pas sur le comportement justifié ou non du patient.. Integer egestas risus sit amet rutrum lacinia.

Avis de l'Ordre du 19/10/2019

Sortons du paradigme moraliste pour entrer dans le paradigme du soin



Trois temps clés de la consultation

1-2-3

- 1. **DIAGNOSTIQUER.** Repérer le type d'usage et faire un diagnostic
- 2. **EVALUER** Comprendre la situation globale
- 3. **ACCOMPAGNER:** proposer un plan thérapeutique

Usage d'alcool : repérage simple et diagnostic

Les outils et les diagnostics

- AUDIT/CAGE
- CDA
- PROCESSUS EVOLUTIF
- LES DIFFERENTS DIAGNOSTICS

L'unité-Alcool ou verre standard

Un verre standard d'alcool = 1 unité d'alcool/verre = 10 grammes d'alcool pur (éthanol)/verre

														
Whisky	Vin	Champagne	Pastis	Porto	Bière	Prémix	Bière	Pils	Pils	Porto	Pastis	Whisky	Champagne	Vin
40°-3cl	12°-10cl	12°-10cl	45°-2.5cl	20°-6cl	Spéciale*	5.6°-27,5cl	forte	5°-33cl	5°-25cl	20°-75cl	45°-70cl	40°-70cl	12°-75cl	12°-75cl
1 unité	1 unité	1 unité	1 unité	1 unité	8.5°-33cl	1.2 unités	10°-50cl	1.5 unités	1 unité	12 unités	25 unités	22 unités	7 unités	7 unités
					2.5 unités		4 unités							

* Bière spéciale en 33 cl : le degré (°) x 0,3 = UA (Ex: 9° x 0,3 = 2,7)

Un calendrier de consommation (CDA)

- L'unité d'alcool (UA)
- Le nombre de jours à zero
- Le nombre d'UA par semaine
- Le nombre d'HDD

Le calendrier sera aussi un excellent outil de suivi en cas de choix thérapeutique de conso contrôlée ou de diminution de conso.

l'endrier de suivi de consommation c

Nom: _____

1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36

d'alcool = 1 unité d'alcool/verre = 10 grammes d'alco



Continuum de mésusages d'alcool ^{1,2}



USAGE « À RISQUE »

- Drinking Risk Level (DRL) Selon l'OMS (2000)³ :
 - Hommes : 21 verres par semaine
 - Femmes : 14 verres par semaine
- **CSS :10-2-0**
 - 10 UA/sem
 - Max2 UA par jour
 - 2 jours à zéro
- Risque situationnel
 - Grossesse
 - Conduite
 - Autre

USAGE « NOCIF »

- Pas dépendant, ni physiquement, ni psychologiquement
- L'alcool est responsable de problèmes, quelle que soit la quantité :
 - Physiques
 - Psychiques
 - Psychosociaux

USAGE AVEC DÉPENDANCE

- La perte de la liberté de s'abstenir d'alcool (définition Fouquet⁵)
- Trois ou plus des critères de DSM-IV
Deux ou plus des critères de DSM-V4

i DSM-IV vs DSM-V

Les 5 C de l'addiction



COMPULSIVE

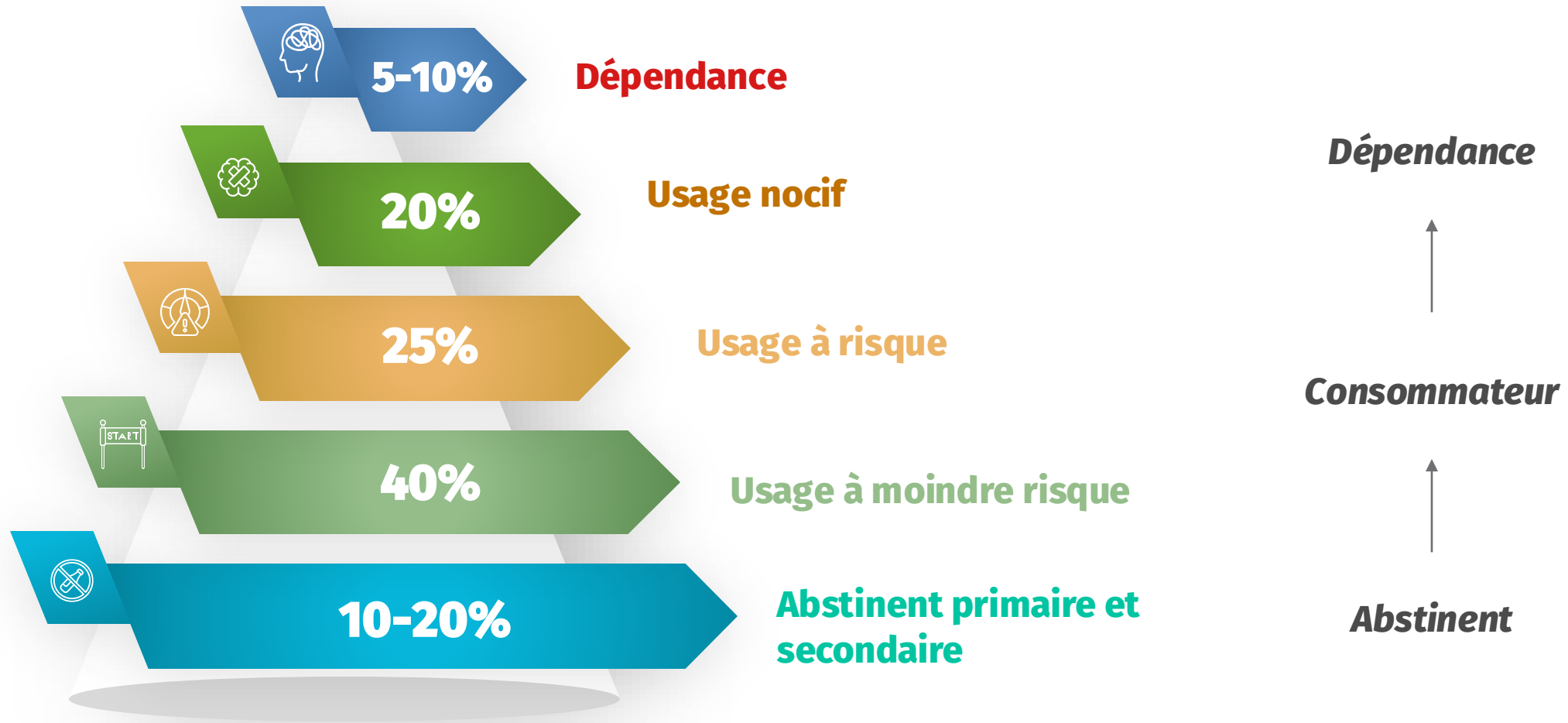
CHRONIQUE

Malgré les **CONSÉQUENCES**

Avec altération du **CONTROLE**

CRAVING

Les types d'usage et leurs définitions



Pyramide de Skinner reprenant les types d'usage (Société Française d'Alcoologie, 2009) réadapté par Dr Orban

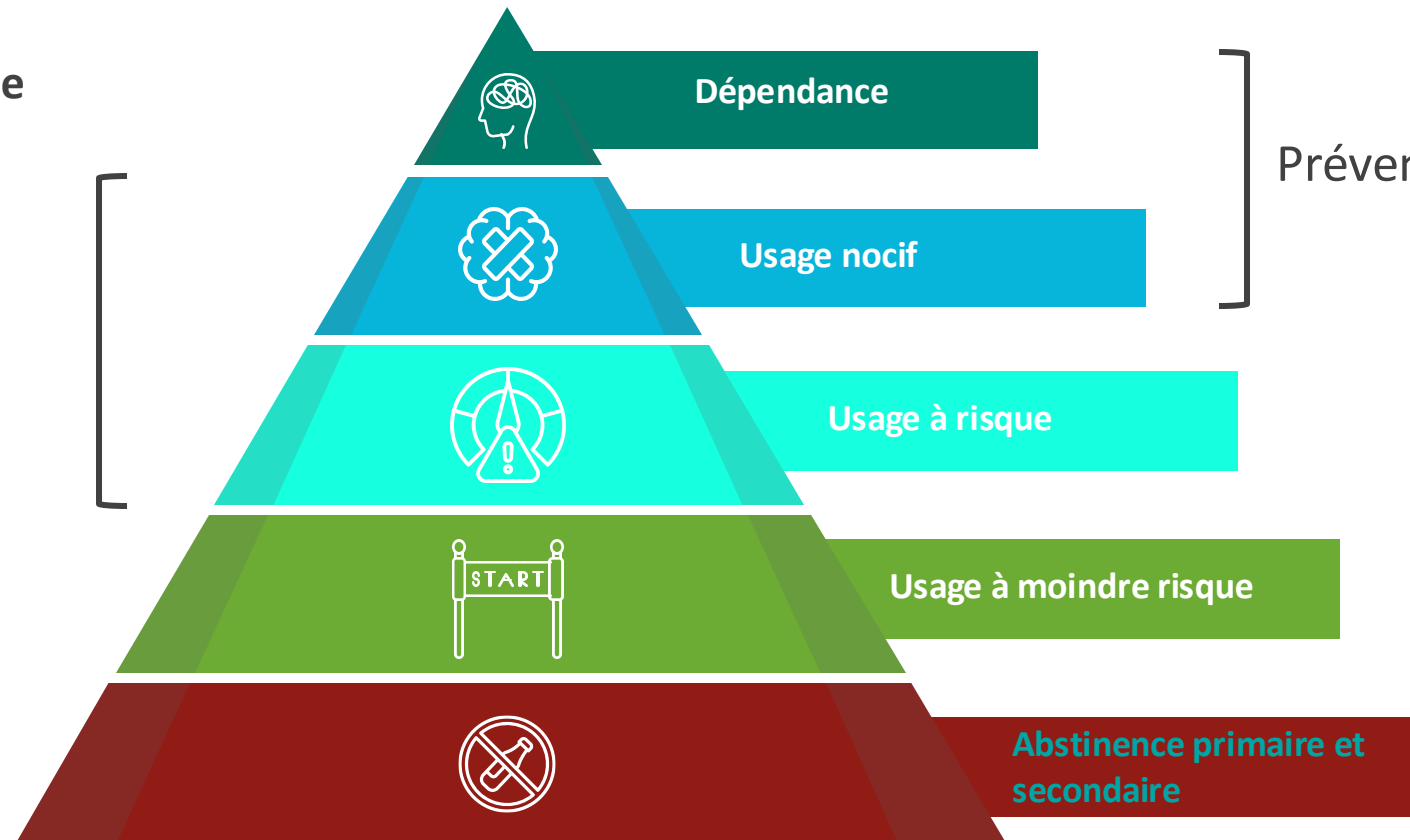
Usage d'alcool: quel diagnostic?



Poser un diagnostic en termes d'usage d'alcool est un point indispensable. Comment faire?

Pyramide du risque, de
SKINNER

Prévention
secondaire



Prévention tertiaire

Prévention
primaire

ELEMENTS A PRENDRE EN COMPTE DANS LE BILAN



HISTOIRE FAMILIALE



SITUATIONS A RISQUE



CRAVING



ATCD



MEDICATIONS



JURIDIQUES

CONSEQUENCES DE L'USAGE D'ALCOOL & FACTEURS DE RISQUE



SOCIO-PROFESSIONNEL



METABOLIQUE & CARDIO-
VASCULAIRE



NEURO & COGNITIF



PSYCHIATRIQUE

HEPATIQUE



CO-ADDICTIONS

En fonction du diagnostic: intervention brève?

Consommateurs à risques



Garder un œil sur sa consommation.
Calendrier CDA



Modifier certaines habitudes et
diminuer la consommation.



Psychoéducations aux risques des
drogues (alcool, tabac)

Consommateurs à usage nocif



Garder un œil sur sa consommation.
Calendrier CDA



Mieux comprendre les risques individuels en
fonction des conséquences



Modifier certaines habitudes et
diminuer la consommation.



Planifier un suivi.

Dépendance:Choix

Consommation contrôlée





Consommation contrôlée en alcoologie

un objectif thérapeutique désormais reconnu,
complémentaire à l'abstinence stricte.

◆ Un changement de paradigme

📌 Hier : seule l'abstinence était considérée comme légitime.

📌 Aujourd'hui : la réduction de consommation est un objectif reconnu, permettant d'engager et de maintenir davantage de patients dans le soin.



Fondements & recommandations

- ✓ Réduction de consommation = réduction proportionnelle des risques (cancers, cardiovasculaires, psychiatriques, traumatismes).
- ✓ Rehm et coll. : baisse de la morbi-mortalité et des coûts sociaux.
- ✓ SFA 2023 & Inserm 2021 : autodétermination du patient = meilleure adhésion.
- ✓ Belgique 2025 : approche flexible, multidisciplinaire.



Pratique clinique & résumé

- 👉 Indications : patients motivés, sans complications sévères.
- 👉 Outils : nalméfène, naltrexone, baclofène (cas choisis), suivi motivationnel, carnet de consommation.
- 👉 Limites : cirrhose, grossesse, troubles cognitifs/psychiatriques sévères.
- ✅ En résumé :
Un objectif thérapeutique à part entière, complémentaire de l'abstinence, favorisant l'adhésion et la réduction des dommages.

Dépendance:Choix

Abstinence 



Sevrage alcoolique: principes généraux

Ambulatoire (70–90 % des cas)

- Adapté si dépendance modérée, patient motivé, entourage fiable, pas de comorbidité sévère.

- **La majorité des sevrages** ne nécessite pas de traitement pharmacologique (Grade B)
→ à condition d'une évaluation clinique soignée et régulière.

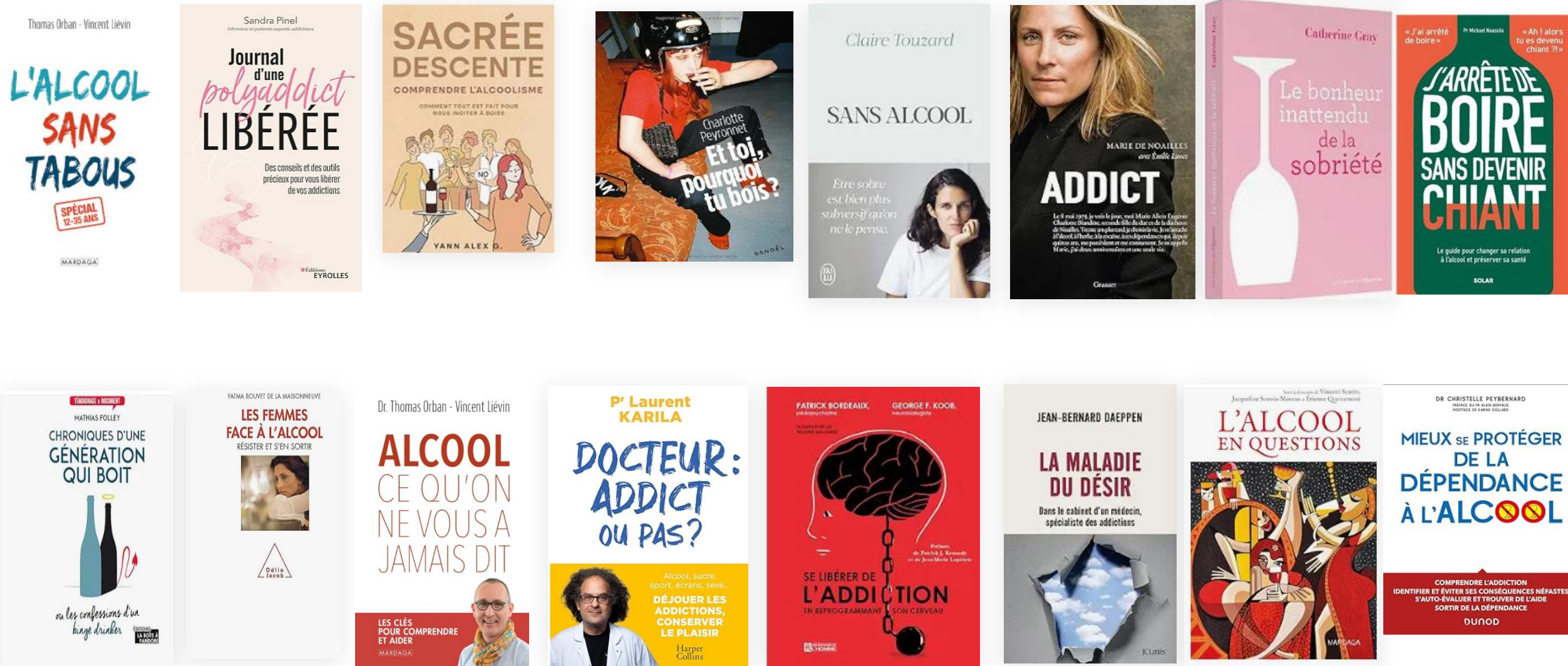
- Si les conditions de suivi ne sont pas réunies → traitement préventif systématique.

- **Benzodiazépines** : traitement de première intention (Grade A).

Comparatif : Abstinence vs Consommation contrôlée

Dimension	Abstinence	Consommation contrôlée
Définition	Arrêt total et définitif de toute consommation d'alcool.	Réduction de la quantité et de la fréquence, avec maintien sous seuils de moindre risque.
Objectif principal	Supprimer complètement l'exposition et les risques liés à l'alcool.	Réduire les dommages sanitaires et sociaux liés à l'alcool.
Avantages	✓ Prévention optimale des risques somatiques (cancers, cirrhose, HTA...) ✓ Compatible avec toutes situations cliniques ✓ Objectif clair et simple à évaluer	✓ Plus acceptable pour certains patients ✓ Favorise l'engagement thérapeutique ✓ Réduction prouvée de morbi-mortalité ✓ Peut être une étape vers l'abstinence
Limites	✗ Difficulté d'adhésion pour certains patients ✗ Risque de décrochage si objectif perçu comme irréaliste	✗ Risque de perte de contrôle chez certains profils ✗ Peut retarder une abstinence nécessaire ✗ Objectif plus difficile à monitorer
Indications privilégiées	• Maladies sévères du foie ou du pancréas • Grossesse • Antécédents de sevrages compliqués • Échecs répétés du contrôle	• Patients motivés mais réticents à l'abstinence • Absence de complications somatiques sévères • Volonté d'une démarche progressive
Contre-indications principales au sevrage à domicile / à la conso contrôlée	• Cirrhose décompensée, hépatopathie sévère • Antécédents de DT/épilepsie de sevrage • Comorbidités psychiatriques graves	• Cirrhose avancée • Grossesse • Polyaddictions sévères • Troubles cognitifs importants
Outils thérapeutiques associés	• Sevrage médicalisé si besoin • Médicaments anti-craving (acamprosate, naltrexone), disulfirame • Soutien psychothérapeutique • Groupes d'entraide	• Nalméfène, naltrexone, baclofène (hors AMM) • Thérapies motivationnelles, TCC • Carnet de consommation, auto-observation • Suivi médical et biologique régulier

Pour aller plus loin...





L'aspect internistique : Les pathologies liées à l'alcool

Dr Desselle

Sevrage en milieu hospitalier

Indications

- Le patient souhaite être hospitalisé/Environnement incompatible avec un arrêt de la consommation
- Polydépendance
- Risque de suicide
- État physique dégradé/pathologie sous-jacente (cirrhose)
- Échec de la désintoxication à domicile
- Risque de sevrage compliqué
 - Signes de manque importants
 - Antécédent de sevrage compliqué (épilepsie, delirium tremens)
 - Suspicion d'encéphalopathie de Gayet-Wernicke
 - Confusion + ataxie + paralysie oculo-motrice + nystagmus
 - Attention si dénutrition sévère (particulièrement si antécédent de chirurgie bariatrique)

Sevrage en milieu hospitalier

Modalités

- **Programmé/préparé** : but = limiter le risque de rechute précoce
- Versus **urgent** si pathologie aigüe associée nécessitant l'arrêt immédiat de la consommation
- Service hospitalier aigu (souvent gastro-entérologie, parfois neurologie), service de psychiatrie, centre spécialisés
- Intérêt de mettre en place aide/suivi après la prise en charge hospitalière
- Intérêt d'une prise en charge pluri-disciplinaire (médico-psycho-sociale)

Les pathologies liées à l'alcool

Celles où l'alcool est le facteur causal principal :

- Cirrhose (et encore...)
- Hépatite alcoolique
- Pancréatite chronique/Pancréatite aiguë
- Cardiomyopathie toxique
- Delirium tremens
- Encéphalopathie de Gayet Wernicke
- Syndrome de Korsakoff
- Syndrome alcoolo-fœtal

Les pathologies liées à l'alcool

Celles où l'alcool est également un facteur de risque/aggravant :

- _ Cancers : sein, colon, ORL, œsophage, hépatocarcinome
- _ Risque cardio-vasculaire : HTA, FA, (arythmies ventriculaires), syndrome coronarien aigu, AVC
- _ Reflux gastro-oesophagien, ulcères gastriques, Mallory-Weiss, syndrome de Boerhave
- _ Epilepsie
- _ Polyneuropathie

Il ne faudrait pas les oublier... et informer les patients sur l'impact potentiel de leur consommation.

Cirrhose

Spectre pathologique de la maladie hépatique alcoolique

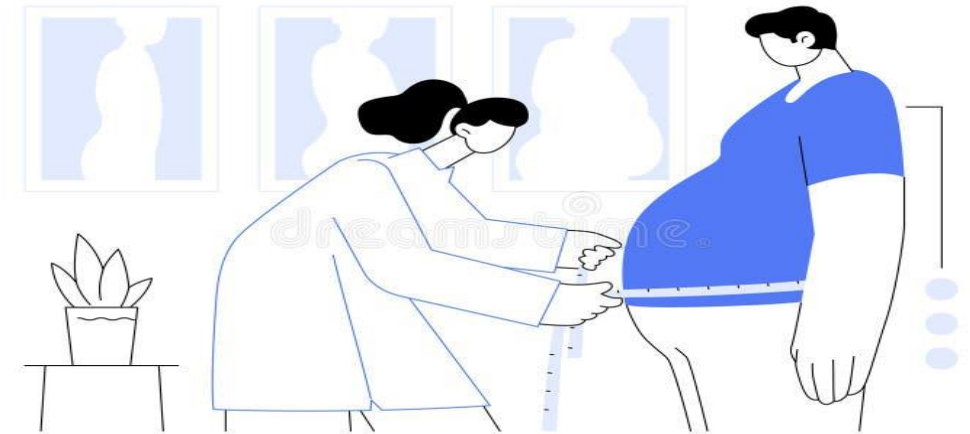
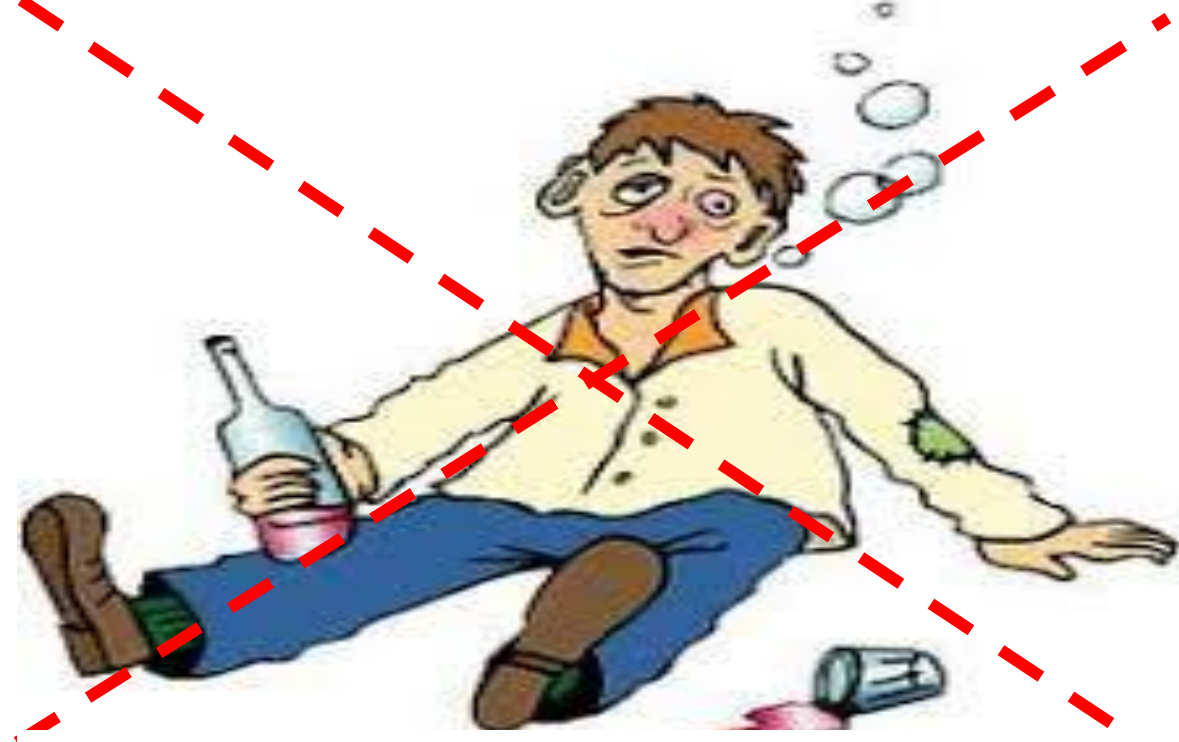


Adapté de Singal AK, Bataller R, Ahn J, Kamath PS, Shah VH.
ACG Clinical Guideline: Alcoholic Liver Disease. Am J Gastroenterol. 2018 Feb;113(2):175-194.

Les différentes étapes de la maladie alcoolique du foie. Attention aux co-facteurs et prédisposition

Cirrhose

- Risque de développer une maladie alcoolique du foie (ALD = alcoholic liver disease)
 - > 30 g (3 unités) d'alcool/j
 - Si consommation de 100g/j : Risque relatif de 26
- Attention aux co-morbidités!
 - SYNDROME METABOLIQUE, diabète, obésité
 - Tabac
 - Facteurs génétiques/hérédité
 - HBV/HCV/HIV
 - Déficit en alfa-1 anti-trypsine



EASL Clinical Practice Guidelines: Management of alcohol-related liver disease, Journal of Hepatology 2018 vol. 69 j 154–181

Cirrhose

Complications :

- Hémorragie par rupture de varices oesophagiennes
 - Souvent l'évènement le plus précoce

Ictère

Ascite

Encéphalopathie hépatique

Péritonite bactérienne spontanée

= décompensation classique
= tournant de la maladie

- Hydrothorax

- Thrombose porte
- Syndrome hépato-rénal
- Hypertension porto-pulmonaire
- Syndrome hépato-pulmonaire
- ACLF (défaillance multi-systémique)
- Hépatocarcinome

EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis, Journal of Hepatology 2018 vol. 69 j 406–460

Hépatite alcoolique

Présentation :

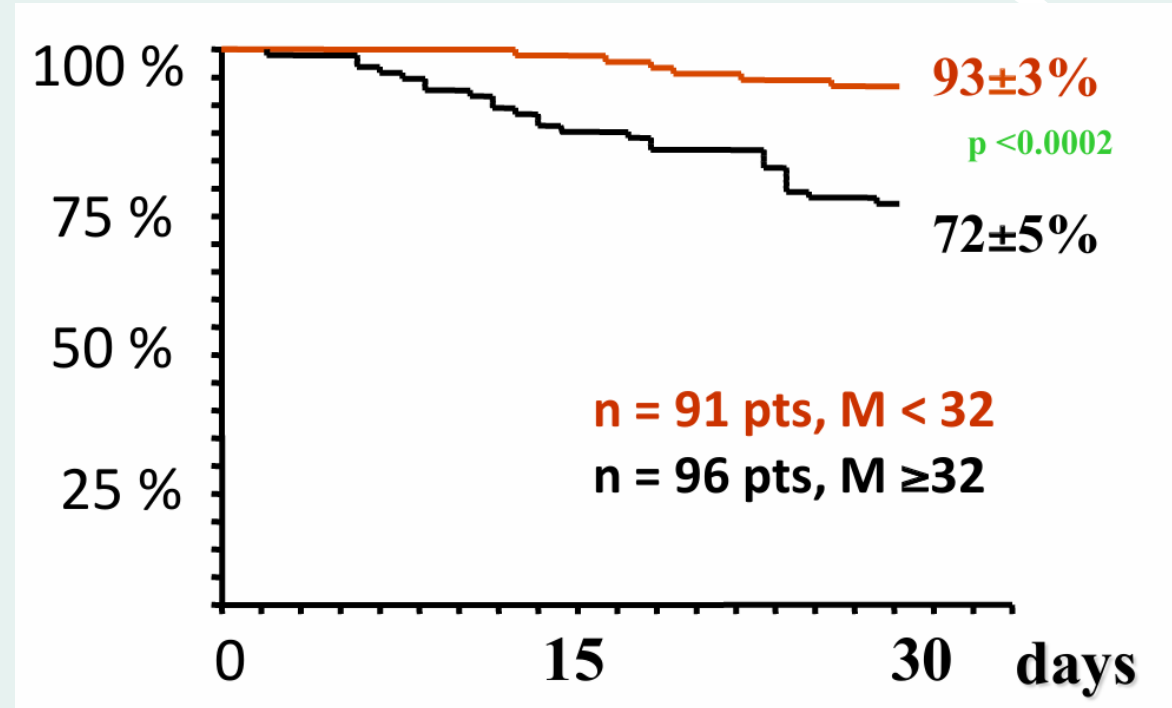
- **Ictère** d'apparition récente + **insuffisance hépatique** (Quick altéré)
- Patient avec consommation chronique active d'alcool
 - Peut être interrompue depuis peu
- Histologiquement, association de :
 - Stéatose
 - Ballonisation hépatocytaire
 - Infiltrat à PNN
- Risque infectieux +++
 - PBS et bactériémie (44%), infections urinaires 32% plutôt avant initiation corticoïdes
 - Infections respi plutôt sous corticoïdes
 - Attention aspergillose et pneumocystose
 - **Traquer l'infection avant de débiter la corticothérapie**

EASL Clinical Practice Guidelines: Management of alcohol-related liver disease, Journal of Hepatology 2018 vol. 69 j 154–181

Hépatite alcoolique

Pronostic

- Score de Maddrey = score pronostic
 - $4.6 \times (\text{PT patient in sec} - \text{PT control in sec}) + \text{total bilirubin (mg/dL)}$
 - HAA non sévère si score < 32



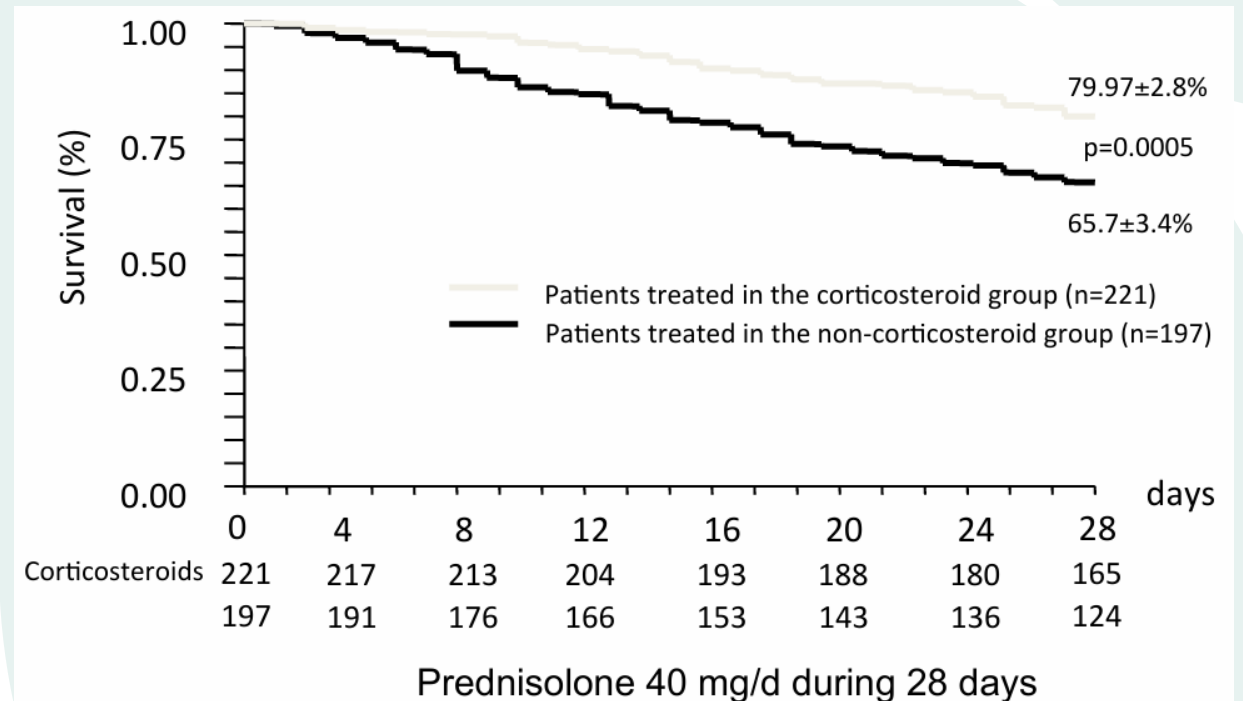
Mathurin, et al. J Hepatol 2002; 36: 480-87

EASL Clinical Practice Guidelines: Management of alcohol-related liver disease, Journal of Hepatology 2018 vol. 69 j 154–181

Hépatite alcoolique

Traitement :

- Prednisolone 40 mg/j pendant 1 mois
 - ↑ survie à un mois si HAA sévère
 - Score de Lille permet de discriminer les non répondeurs si $\geq 0,45$ à J7
 - Pas d'amélioration de la survie à 3 mois ou 1 an
- +/- N-acétyl-cystéine?



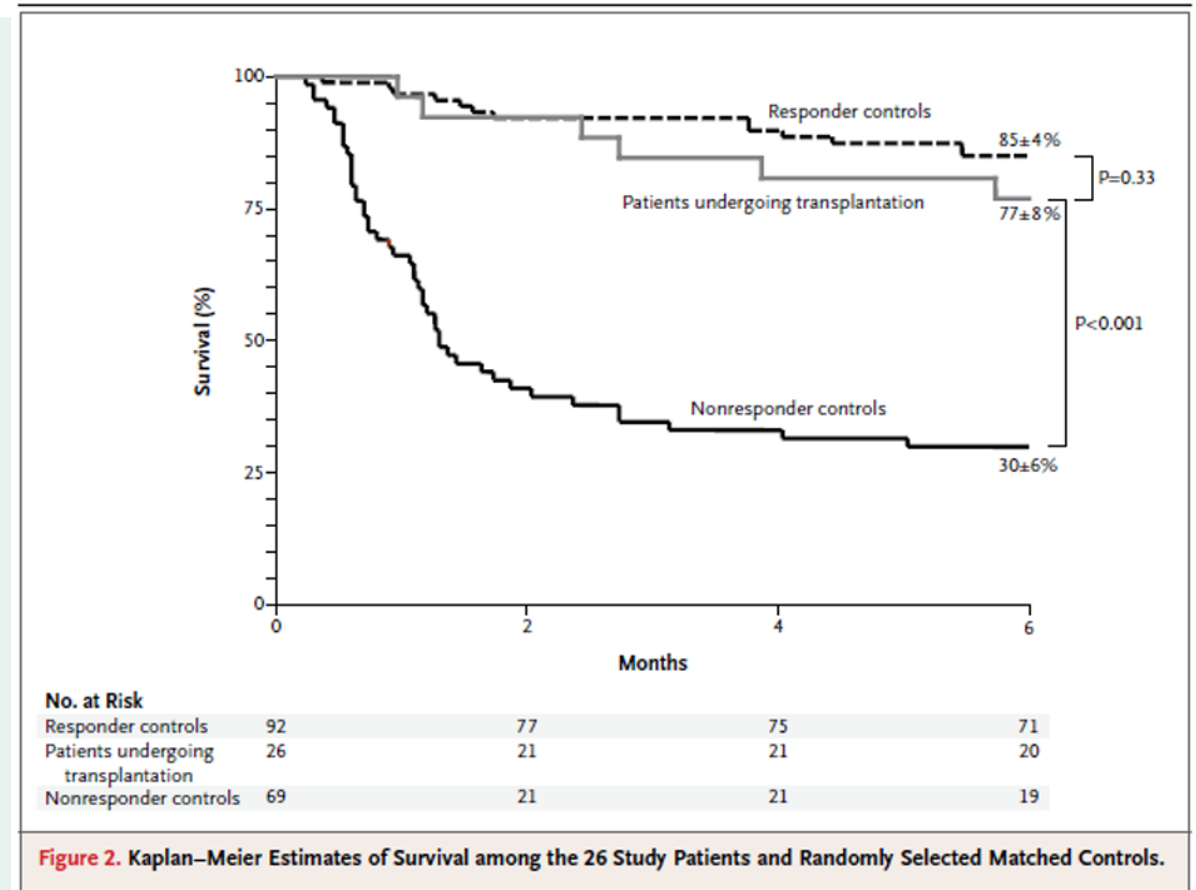
P Mathurin, J O'Grady, RL Carithers Jr, Philipps et al. Gut 2011

EASL Clinical Practice Guidelines: Management of alcohol-related liver disease, Journal of Hepatology 2018 vol. 69 j 154–181

Hépatite alcoolique

Early liver transplantation in severe alcoholic hepatitis

- Transplantation hépatique précoce pour patients avec HAA non répondeurs à la corticothérapie
- SSI 1er évènement lié à maladie hépatique
- Patients drastiquement sélectionnés
 - Consensus absolu du staff médical et paramédical
 - Pas de co-morbidités
 - Intégration sociale
 - Soutien familial
 - Evaluation psy/addicto



Mathurin P, N Engl J Med 2011

Take home message

L'alcool, même à faible dose mais consommé de manière quotidienne, a un impact sur de nombreuses pathologies → intérêt d'informer les patients sur ce risque dont ils ne sont généralement pas conscients

L'alcool est responsable de multiples pathologies qui mèneront à des hospitalisations, que ce soit directement en lien avec des symptômes de sevrage (épilepsie, delirium tremens...) ou en lien avec les pathologies engendrées (cirrhose, pancréatite, cancers,...)





Biomarqueurs de la consommation d'alcool

Dr. Sqalli

MARQUEURS INDIRECTS

- Sensible
- Spécifique

↑ GGT

Induction
enzymatique
via stress
oxydatif

↑ TGO/TGP

Cytolyse
hépatique

↑ VGM

Carences
folates (± B12)
Cytotoxicité
médullaire

↑ CDT

Inhibition des
glycosyltransf
érases

Ethanol /
Consommation
d'alcool

MARQUEURS DIRECTS

- + Sensible
- + Spécifique

Phosphatidylcholine

Coline

↑ PETH

Acide UDP- Glucuronide

UDP

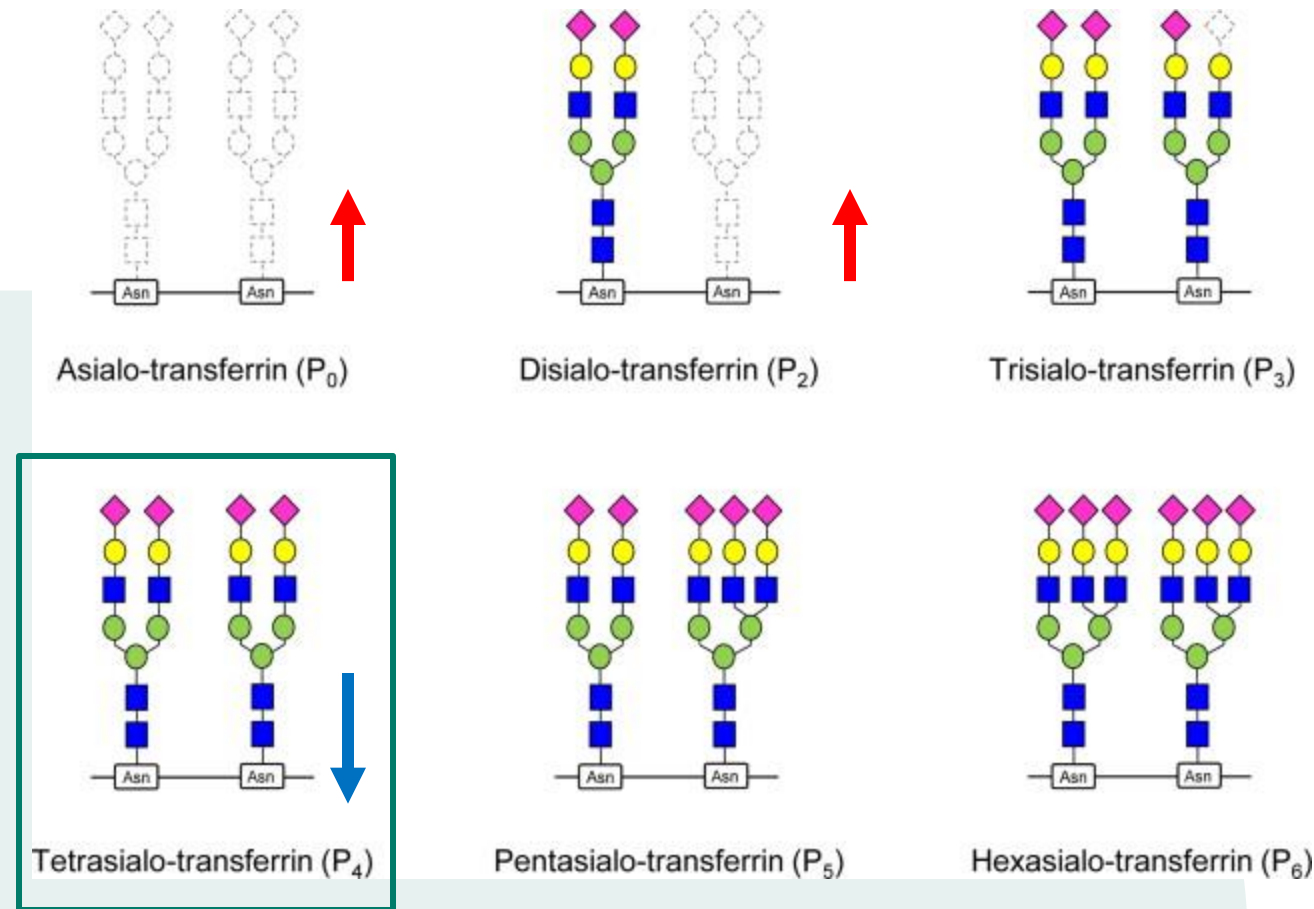
↑ ETG

Marqueurs « classiques »

Marqueurs	GGT	VGM	ASAT / ALAT
Sensibilité	30–80 %	30–50 %	ASAT : 50 % / ALAT : 35 %
Spécificité	11–90 %	26–90 %	ASAT : 82 % / ALAT : 86 %
Qté d'alcool requise / temps	≥ 5 US/j pendant > 4 sem	≥ 6 US/j pendant 4–6 sem.	Pas de seuil en g/j clairement défini.
Normalisation	≈ 2 mois d'abstinence	2–3 mois d'abstinence	Quelques jours à semaines après arrêt de la consommation.
Interférences / commentaires	Facteur 3–10× VN si consommation régulière. Très peu spécifique : obstruction biliaire, tumeurs, obésité, diabète, hyperthyroïdie, antiépileptiques...	Origine multifactorielle : toxicité médullaire, dénutrition (B9/B12).	ASAT/ALAT > 1,5–2 en faveur d'une origine alcoolique ; valeurs le plus souvent < 10×VN (rarement > 600 U/L). Depuis 01/01/2024 : ASAT et ALAT non cumulables (INAMI).

CDT

- **Transferrine** déficiente en carbohydrate
- Les isoformes **avec moins de résidus sialiques sont augmentées** par **inhibition des sialyltransférases**
- **> 5 à 8 US** pour observer une positivité donc pas d'influence d'une consommation modérée d'alcool (< 4 US/ jour)
- **Pas d'influence d'une alcoolisation aigüe.**
- Demi-vie **15 jours.**
- **Sensibilité : 30 à 82 % et Spécificité : 89 à 97 %**
- Des **FP** : cirrhose biliaire primitive, hépatite chronique active, augmentation au cours du 3eme trimestre de grossesse.



Exemple

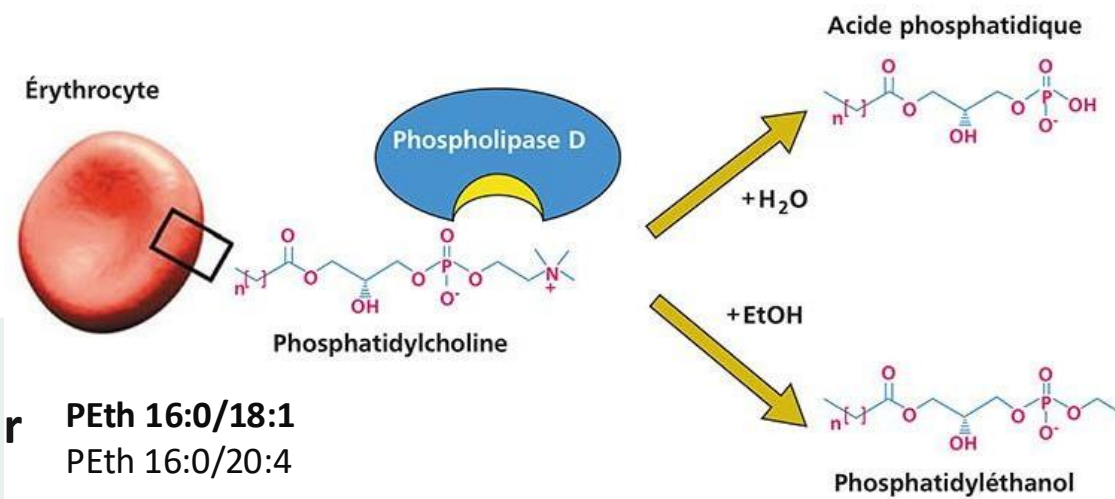
Analyse	Résultat 09/01/2024 20:10	Intervalle de référence	Unité
CDT <u>IFCC</u>	9.10 Interprétation du CDT (calibration IFCC) → > 2,0 % : Résultat positif (consommation abusive d'alcool) 1,8 - 2,0 % : Consommation chronique d'alcool probable (à contrôler dans 3 à 4 semaines) < 1,8 % : Résultat négatif		%

- _ Zone grise
- _ Pas d'estimation de la quantité d'alcool consommée
- _ Délai : 1 x /semaine et coût : +/- 20 euros à charge patient car non remboursée par l'INAMI

Phosphatidylethanol

Interprétation

- Demi-vie de **5-6 jours**
- Sensibilité de **86% à 95%** et spécificité de **95 à 100%** > **Meilleur marqueur.**
- Pas influencé par l'âge, l'IMC, le sexe, la prise de médicament, une pathologie rénale ou hépatique.
- Technique : Spectrométrie de masse (LC-MS/MS)
- Délai de réalisation 2-3 jours, Coût : 50 Euros (Hors INAMI)



TOXICOLOGIE

Alcools et solvants : sang

 Phosphatidyléthanol

120 µg/L

< 10 µg/L : Compatible avec une abstinence totale d'alcool

10 - 20 µg/L : Compatible avec une consommation faible ou abstinence totale (< 2 unités standards (US) par jour, plusieurs jours par semaine)

20 - 200 µg/L : Compatible avec une consommation modérée (2 à 4 US par jour, plusieurs jours par semaine)

> 200 µg/L : Compatible avec une consommation excessive (> 4 US par jour, plusieurs jours par semaine)

Technique : LC-MS/MS (isoforme 16:0/18:1)

PETH et trouble d'usage de l'alcool

- **Détection, l'évaluation** et le **suivi** de la dépendance à l'alcool bien que d'abord entretien clinique +++
- Outil précieux pour **confronter les patients minimisant ou niant leur consommation.**
- Peut servir de **valeur basale** sur laquelle s'appuie les patients pour voir leur évolution.

PETH et médico-légal

❖ Restitution du permis de conduire, requiert généralement abstinence ou consommation légère (< **2 US/J demandé sur 3 mois**).

❖ Extrait d'un jugement récent

« "...apporter à **l'assistant de probation** le résultat d'une analyse sanguine annuelle, à la date anniversaire du présent jugement, reprenant le PEth (phosphatidylethanol) ainsi que celle d'un suivi médical et psychologique régulier. En cas de constatation d'un manquement à ces obligations, l'assistant de probation en avertira sans délai la commission de probation ”

❖ Annexe **14 de la loi sur la circulation routière**

« Examen médical approfondi lors **duquel tous les moyens offerts par la médecine peuvent être utilisés** » ; et « Si le médecin estime que c'est nécessaire, l'aptitude peut être rendue dépendante d'une analyse de sang »

PETH et aspects internistiques

- **Greffe hépatique (pré- et post-greffe)**
- **Barcelone (2020)** : Sous-déclaration massive chez les candidats, avec **36% de tests positifs contre 6% de consommation avouée** et **Kiel (2022)** : Consommation avec **53% de positivité PETH** retrouvée tant dans les **cirrhoses alcooliques que non-alcooliques**. *Ann Transplant, 2022 – “PEth for Monitoring Sobriety in Liver Transplant Candidates” et J Clin Med, 2023 – “PEth for Monitoring Alcohol Use in Liver Transplant Candidates”.*
- **USA (2016-2018)** : Suivi post-greffe : Rechutes détectées : 7 % → 17 % ; Hospitalisations moyennes : 2,84 → 1,95; Rejets aigus : 28 % → 15 %; Décès : 12 % vs 11 %. *Alcohol clinical research, 2024 – “Impact of PEth in surveillance for alcohol use post–liver transplant”.*
- **Risque de complications hépatiques :**
- Reclassement au niveau du diagnostic étiologique de l’atteinte hépatique : => **1 patient sur 3 initialement étiqueté MASLD** avait en réalité un **profil mixte (MetALD) ou purement alcoolique (ALD)**. *J Hepatol, 2025 – “PEth levels distinguish steatotic liver disease subgroups”.*
- Augmentation du risque de survenue d’événements indésirables majeurs si PEth ≥ 35 ng/mL, le **risque double**, et il est **multiplié par 4** si PEth > 210 ng/mL,. *J Hepatol, 2025 – “PEth levels distinguish steatotic liver disease subgroups”.*
- **Femme enceintes :**
- **Grossesse (3ème trimestre)** : Sous-déclaration massive avec **33 à 46 % de tests PEth positifs** contre **moins de 10 % de consommation avouée (Uruguay/Brésil)** *Alcohol Clin Exp Res, 2020 – “PEth levels in postpartum women & newborns”.*



Biomarqueurs de la fibrose hépatique

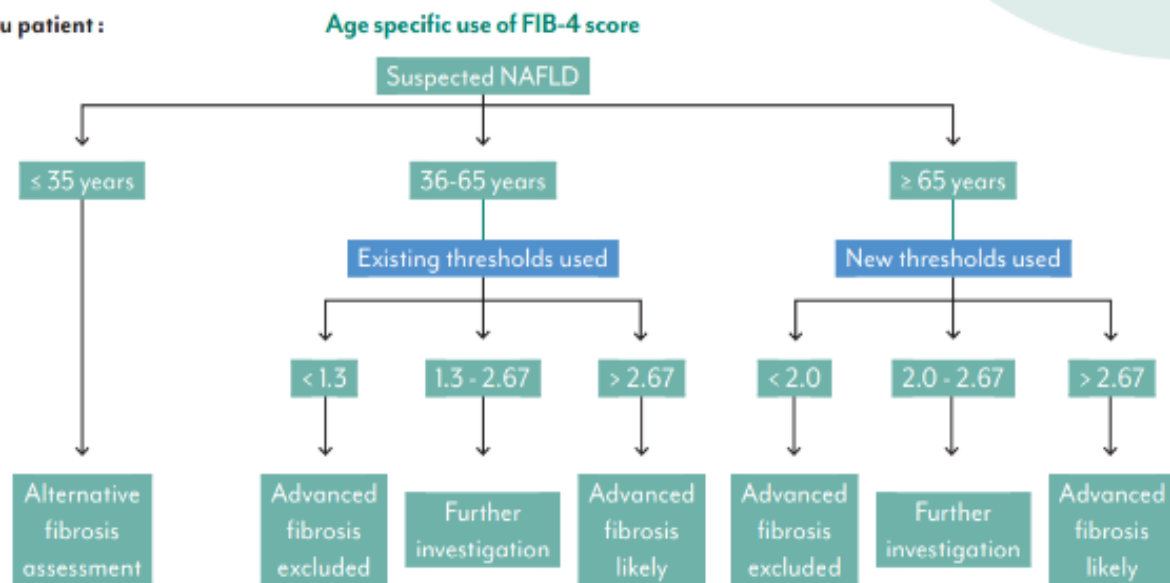
Score de fibrose hépatique

❖ FIB-4

Le score FIB-4 est calculé à partir de quatre paramètres : l'âge du patient, **AST, ALT, et plaquettes dans le sang**. **Inconvénients** : Pas très spécifique du foie, variable avec les plaquettes (hypersplénisme).

$$\text{FIB-4} = \frac{\text{Age (ans)} \times \text{ASAT (UI/L)}}{\text{Nombre de plaquettes (10}^9\text{/L)} \times \sqrt{\text{ALAT (UI/L)}}}$$

du patient :



McPherson et al. Age as a Confounding Factor for the Accurate Non-Invasive Diagnosis of Advanced NAFLD Fibrosis. Am J Gastroenterol. 2017

<35 ans :

Test alternatifs recommandés

36-65 ans :

< 1,3 = Fibrose avancée (F3-F4) peu probable (**VPN ~90%**)

1,3-2,67 = Zone grise, test alternatifs recommandé

> 2,67 = Fibrose avancée (F3-F4) probable. (**VPP ~80%**)

65 ans et + :

< 2,0 = Fibrose avancée (F3-F4) peu probable (**VPN ~ 99%**)

2,0-2,67 = Zone grise, test alternatifs recommandé

> 2,67 = Fibrose avancée (F3-F4) probable

- **Avantages** : **Facile à calculer** : Il utilise des données cliniques et de **laboratoire de routine** et **économique** : Calcul est disponible gratuitement.

Score de fibrose hépatique

❖ FIBROTEST :

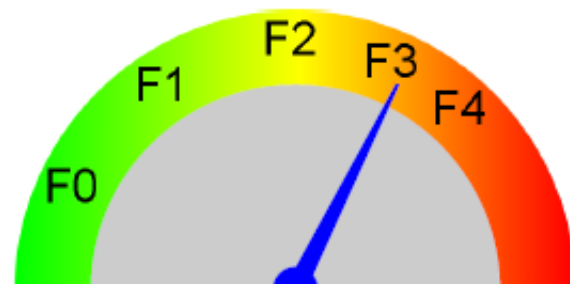
- a) Marqueurs de cytolysse : ALT (TGP)
 - b) Marqueurs de cholestase : GGT, Bilirubine totale
 - c) Marqueurs de synthèse hépatique : Apolipoprotéine A1, Haptoglobine, Alpha2-macroglobuline
- Ajusté à l'âge et au sexe

Meilleure corrélation/pertinence avec une biopsie de 25mm => METAVIR (GOLD-STANDARD)

Inconvénient : Le coût : 65 € car calcul sur Biopredictive et à charge patient. Dépend du laboratoire.

« FIBROTEST »

Estimation fibrose hépatique



0.65
Stade estimé: F3

	METAVIR Stade de fibrose estimé
0.75 - 1.00	F4
0.73 - 0.74	F3 - F4
0.59 - 0.72	F3
0.49 - 0.58	F2
0.32 - 0.48	F1 - F2
0.28 - 0.31	F1
0.22 - 0.27	F0 - F1
0.00 - 0.21	F0

F0 : pas de fibrose
F1 : fibrose portale et périportale sans septa
F2 : fibrose portale et périportale avec de rares septa
F3 : fibrose portale et périportale avec de nombreux septa
F4 : cirrhose

PROPOSITION DE SUM BIOLOGIQUE DU PATIENT AVEC TROUBLE DE L'USAGE DE L'ALCOOL



Intérêt clinique

En Wallonie et à Bruxelles, 35% de la population ont une consommation abusive d'alcool. Parmi eux, 5% des femmes et 10% des hommes sont dépendants. Le repérage des problèmes avec l'alcool peut se faire précocement tant sur le plan clinique, biologique que social. Il est la cause d'atteinte multi systémique et de carences nutritionnelles.

Évaluation de l'état nutritionnel

1. Facteurs anthropométriques (Poids, Taille, BMI, perte de poids et vitesse de perte)
2. Anamnèse diététique
3. Perturbations biologiques (non exhaustives):
 - Sang complet et ionogramme
 - Bilan lipidique (Cholestérol total, LDL-cholestérol, Triglycéride) et Glycémie à jeun
 - Bilan de coagulation (APTT, PT)
 - Pré-albumine : Marqueur précoce de dénutrition/re nutrition
 - VGM : Augmente 1-2 mois après une consommation chronique. Normalisation après 3 mois de sevrage
 - Gamma-GT : Marqueur indirect augmente dans 43 à 90% des cas d'alcoolisme chronique sans manifestation clinique. Demie-vie de 5-7 jours.
 - CDT : Marqueur indirect, spécificité (89-97%) / sensibilité (30-82%) consommation chronique. Normalisation après 2 semaines de sevrage.
 - Phosphatidyl Ethanol sanguin : Marqueurs direct, spécificité (95-100%) / sensibilité (86-95%). Normalisation après 3-4 semaines.
 - TGO/TGP : >2 en faveur d'une origine éthylique à la cytolysé hépatique
 - Recherche de carence (cf. Infr)
4. Composition corporelle (Plis cutanés, circonférence brachiale, absorption biphotonique, Bio-impédance bioélectrique)

TESTS BIOLOGIQUES NON INVASIFS POUR LA FIBROSE HÉPATIQUE



POURQUOI ?

La stéatose hépatique non alcoolique (NAFLD) touche 25 % de la population mondiale et peut évoluer vers des formes graves :

- » Fibrose avancée (F3/F4)
- » Complications potentielles : cirrhose, carcinome hépatocellulaire, complications cardiovasculaires.

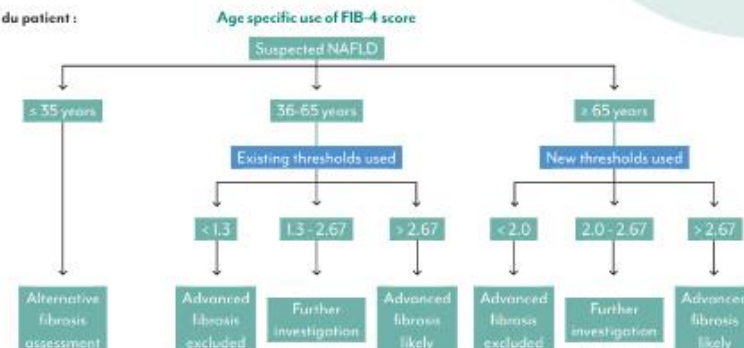
Le pronostic de la NAFLD, mais aussi de la fibrose hépatique d'origine virale dépend principalement du degré de fibrose hépatique, évaluable grâce à des tests non invasifs tels que les scores biologiques ou la mesure de l'élasticité hépatique par FibroScan.

DÉPISTAGE : LE FIB-4 (FIBROSIS-4 INDEX)

Un score sanguin basé sur des paramètres de routine : Âge, ASAT (TGO), ALAT (TGP), et numération plaquettaire.

$$\text{Méthode de calcul : } \text{FIB-4} = \frac{\text{Age (ans)} \times \text{ASAT (UI/L)}}{\text{Nombre de plaquettes (10}^9\text{/L)} \times \sqrt{\text{ALAT (UI/L)}}}$$

Adaptation selon l'âge du patient :



McPherson et al. Age as a Confounding Factor for the Accurate Non-Invasive Diagnosis of Advanced NAFLD Fibrosis. Am J Gastroenterol. 2017

D'après une étude récente, l'âge est un facteur déterminant dans la performance des scores non invasifs pour évaluer la fibrose hépatique. Les scores classiques, comme le FIB-4, peuvent surestimer le risque chez les patients de ≥65 ans et le sous-estimer chez ceux de <35 ans en raison de leur formule intégrant l'âge. L'adoption de seuils ajustés à l'âge permet d'améliorer la précision diagnostique en réduisant les faux positifs chez les seniors et les faux négatifs chez les jeunes. Ces ajustements garantissent une stratification plus fiable des patients à risque.

Alcool - Perturbations biologiques





Merci pour votre attention !