



FONDATION PAPA MULU PILA

« FPM/EUP »

F.92/42.356 ACTE AUTHENTIFIÉ N°2079/2024

Siège social & Adm : N°52/D, Av. MONGO Quartier LUBEFU Commune de Matete Kinshasa/RDC

Tél.: (+243) **820 344 554** (M-pesa) **895 412 471** (Orange money)

Courriel : papamulu962@gmail.com & Gmail : fondationfpm50@gmail.com

Site Web : <https://fpm.aprovemacrdc.org>

Devise : **Unité – Cohérence – Succès.**

Jeunes, pour un avenir meilleur, disons non au tabagisme, à l'alcoolisme et à la toxicomanie.

PRISE EN CHARGE DES ALCOOLIQUES

PAR

CT DR MULU PILA JUSTIN
NEUROPSYCHIATRE

DECEMBRE 2024

TABLE DES MATIERES

PRISE EN CHARGE DES ALCOOLIKES AU SEIN DE LA FPM EUP	1
1. Définition et caractéristiques	6
2. Caractéristiques de l'alcool éthylique (éthanol).....	6
2.1. Propriétés psychoactives	6
2.2. Absorption et métabolisme.....	6
2.3. Toxicité.....	6
3. Prévalence de l'alcoolisme	6
3.1. Prévalence de l'alcoolisme dans le monde	7
3.1.1. Dépendance à l'alcool et Consommation excessive régulière	7
3.1.2. Régions avec des taux élevés de consommation	7
3.1.3. Régions avec des taux plus faibles	7
3.1.4. Facteurs influençant la prévalence.....	7
3.1.4.1. Réglementations et politiques publiques.....	7
3.1.4.2. Culture et traditions	7
3.1.4.3. Éducation et prévention	8
3.2. Prévalence de l'alcoolisme en Amérique	8
3.2.1. Amérique du Nord.....	8
3.2.2. Amérique Latine	8
3.2.3. Dans les Caraïbes.....	8
3.2.4. Facteurs influençant la prévalence :.....	8
3.2.4.1. Réglementation et politique publique	8
3.2.4.2. Comportements sociaux	9
3.2.4.3. Soutien en matière de soins de santé	9
3.3. Prévalence de l'alcoolisme en Europe.....	9
3.3.1. Europe de l'Est.....	9
3.3.2. Europe de l'Ouest	9
3.3.3. Europe du Sud	10
3.3.4. Pays nordiques.....	10

3.3.5. Facteurs influençant la prévalence.....	10
3.3.5.1. Régulations gouvernementales.....	10
3.3.5.2. Comportements culturels et sociaux	10
3.3.5.3. Soutien en matière de soins de santé	10
3.4. La prévalence de l'alcoolisme en Afrique.....	10
3.4.1. Afrique subsaharienne	11
3.4.2. Afrique de l'Est et de l'Ouest.....	11
3.4.3. Afrique du Nord.....	11
3.4.4. Facteurs influençant la prévalence en Afrique.....	11
3.4.4.1. Accessibilité et culture	11
3.4.4.2. Politique publique	12
3.4.4.3. Croissance urbaine et mondialisation	12
3.5. La prévalence de l'alcoolisme en République Démocratique du Congo (RDC)	12
3.5.1. Consommation générale d'alcool.....	12
3.5.2. Alcoolisme chez les jeunes	12
3.5.3. Produits alcoolisés locaux	12
3.5.4. Problèmes de santé associés.....	13
3.5.5. Facteurs influençant la prévalence en RDC.....	13
3.5.5.1. Accès limité à la prévention	13
3.5.5.2. Accessibilité et coût.....	13
3.5.5.3. Influence des traditions et de la culture sociale	13
4. Effets de l'alcool sur la santé	13
3.1. Effets à court terme.....	13
3.2. Effets à long terme	13
3.2.1. Dépendance et addiction à l'alcool	14
3.2.2. Maladies du foie	14
3.2.2.1. Hépatite alcoolique	14
3.2.2.2. Cirrhose du foie	14
3.2.2.3. Stéatose hépatique (foie gras)	14
3.2.3. Troubles cardiaques.....	14
3.2.3.1. Hypertension artérielle	15
3.2.3.2. Cardiomyopathie alcoolique	15

3.2.3.3. Arythmies	15
3.2.3.4. Accident vasculaire cérébral (AVC).....	15
3.2.4. Cancers	15
3.2.5. Troubles neuropsychologiques.....	15
3.2.6. Problèmes digestifs	16
3.2.7. Problèmes sociaux et professionnels	16
3.2.8. Affaiblissement du système immunitaire.....	16
3.2.9. Risques pendant la grossesse	16
3.2.9.1. Syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF)	16
3.2.9.2. Fausses couches et naissances prématurées	16
3.2.9.10. Problèmes de poids et métabolisme.....	16
4. Prise en charge d'un patient alcoolique	17
4.1. Évaluation initiale	17
4.1.1. Évaluation du degré de dépendance.....	17
4.1.2. Bilan médical	17
4.1.3. Bilan de labo.....	17
4.1.3.1. Dosage de l'alcoolémie (éthanol).....	17
B. Méthode.....	17
4.1.3.2. Gamma-glutamyl transférase (GGT).....	17
4.1.3.3. Transaminases (ASAT/ALAT).....	18
4.1.3.4. Bilirubine	18
4.1.3.5. Créatinine et fonction rénale	18
4.1.3.6. Hémogramme.....	18
4.1.3.7. Marqueurs de l'hépatite virale (si suspicion)	18
4.1.3.8. Folate sérique et vitamine B12.....	18
4.1.3.10. Protéines C-réactives (CRP)	19
4.1.3.11. Électrolytes (Na ⁺ , K ⁺ , Ca ²⁺)	19
4.1.3.12. Tests de fonction hépatique (Bilan hépatique)	19
4.1.3.13. Tests de détection d'alcool dans les cheveux ou dans l'urine.....	19
4.1.4. Évaluation psychosociale.....	19
4.2. Traitements médicaux	20
4.2.1. Prévention des rechutes.....	20

4.2.1.1. L'acamprosate et la naltrexone	20
4.2.1.2. Le nalméfène	20
4.2.1.4. Le baclofène	22
4.2.2. Traitement de sevrage éthylique	22
4.3. Prise en charge psychologique et comportementale	23
4.3.1. Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)	23
4.3.2. Thérapie motivationnelle	23
4.3.3. Groupes de soutien	23
4.3.4. Prise en charge des comorbidités psychiatriques	23
4.4. Suivi à long terme	23
4.4.1. Prévention des rechutes	23
4.4.2. Soutien social	23
4.4.3. Programmes d'abstinence prolongée	23
REFERENCES	24

PRISE EN CHARGE DES ALCOOLIKES AU SEIN DE LA FPM EUP

1. Définition et caractéristiques

L'alcool désigne une catégorie de substances chimiques, les plus courantes étant les alcools éthyliques (ou éthanol), utilisés principalement dans les boissons alcoolisées (1, 2). L'éthanol est une molécule psychoactive qui agit comme un dépresseur du système nerveux central (1, 2). Il est largement consommé à travers le monde sous différentes formes, telles que le vin, la bière, les spiritueux et d'autres boissons alcoolisées (1, 2).

L'alcool, en termes chimiques, fait référence à toute molécule contenant un groupe hydroxyle (-OH) lié à un atome de carbone (1, 2). L'éthanol est l'alcool principalement utilisé dans les boissons et est souvent désigné simplement sous le nom "alcool" (1, 2). Sa formule chimique est C_2H_5OH . Il est produit principalement par fermentation de sucres (fruits, céréales, etc.) et distillation (1, 2).

2. Caractéristiques de l'alcool éthylique (éthanol)

2.1. Propriétés psychoactives

Lorsqu'il est consommé, l'alcool éthylique agit sur le système nerveux central, provoquant des effets tels que la relaxation, la diminution des inhibitions, l'euphorie, mais aussi la somnolence, la perte de coordination et, en cas de consommation excessive, une dépression respiratoire ou un coma (1, 2, 3, 4).

2.2. Absorption et métabolisme

L'éthanol est rapidement absorbé par le tractus gastro-intestinal et atteint le sang en une dizaine de minutes après ingestion (1, 2). Il est principalement métabolisé dans le foie par des enzymes comme l'alcool déshydrogénase (ADH) (1, 2). Une consommation excessive peut entraîner une accumulation d'acétaldéhyde, toxique pour l'organisme (1, 2, 3, 4).

2.3. Toxicité

L'alcool est toxique pour de nombreux organes, en particulier le foie, le cerveau, le cœur et le système digestif (1, 2). La consommation chronique peut entraîner des maladies telles que la cirrhose du foie, les troubles cardiaques, et des lésions cérébrales (1, 2, 3, 4).

3. Prévalence de l'alcoolisme

L'alcoolisme, ou la consommation excessive d'alcool, est un problème de santé publique mondial, ayant des conséquences importantes sur la santé physique, mentale et sociale des individus. La prévalence de l'alcoolisme varie considérablement entre les régions, influencée par des facteurs culturels, sociaux, économiques et politiques (5, 6).

3.1. Prévalence de l'alcoolisme dans le monde

3.1.1. Dépendance à l'alcool et Consommation excessive régulière

Selon les données de l'OMS, environ 5,1% de la population mondiale (environ 280 millions d'adultes) souffre de troubles liés à l'alcool (5, 6). Cela comprend la dépendance à l'alcool et la consommation excessive régulière (5, 6).

3.1.2. Régions avec des taux élevés de consommation

L'Europe est la région la plus touchée par l'alcoolisme. Des pays comme la Moldavie, la Biélorussie, et la Russie présentent des taux très élevés de consommation d'alcool (5, 6). En Europe, environ 10-15% des adultes souffrent de troubles liés à l'alcool, avec une consommation particulièrement élevée dans les pays d'Europe de l'Est (5, 6).

Aux États-Unis, environ 14% des adultes présentent des signes de consommation excessive d'alcool, et environ 9% souffrent de dépendance à l'alcool (5, 6). Le Canada connaît également un taux élevé de consommation, bien qu'il soit légèrement inférieur à celui des États-Unis (5, 6, 7).

L'Australie et la Nouvelle-Zélande enregistrent des taux importants de consommation excessive, bien que la consommation d'alcool soit plus contrôlée par rapport à d'autres régions (5, 6).

3.1.3. Régions avec des taux plus faibles

Dans de nombreuses régions d'Asie, la consommation d'alcool reste moins répandue, en particulier en Asie de l'Est (Chine, Japon, Corée) (5, 6). Cependant, certains pays comme la Corée du Sud et le Japon ont des taux de consommation assez élevés parmi les adultes, même si les taux de dépendance à l'alcool restent plus faibles (5, 6).

En Afrique, bien que la consommation d'alcool soit souvent influencée par des pratiques culturelles, le taux de dépendance est plus faible comparé à l'Europe ou à l'Amérique (5, 6). Toutefois, certains pays, comme l'Afrique du Sud et le Nigeria, présentent des taux plus élevés de consommation excessive (5, 6).

3.1.4. Facteurs influençant la prévalence

3.1.4.1. Réglementations et politiques publiques

Les pays ayant des politiques strictes sur l'alcool, telles que des taxes élevées et des restrictions sur la publicité, tendent à avoir une consommation plus faible (5, 6).

3.1.4.2. Culture et traditions

Dans certaines cultures, la consommation d'alcool est plus socialement acceptée et répandue, ce qui augmente la prévalence des troubles liés à l'alcool (5, 6).

3.1.4.3. Éducation et prévention

Les campagnes de prévention et d'éducation concernant les risques de l'alcool ont un impact sur la réduction de la consommation excessive dans certains pays (5, 6, 7).

3.2. Prévalence de l'alcoolisme en Amérique

3.2.1. Amérique du Nord

Selon les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC), environ 14% des adultes américains des USA sont considérés comme ayant une consommation excessive d'alcool (2018-19) (5, 6, 7). Cela inclut les personnes souffrant de troubles liés à l'alcool, dont la dépendance. Environ 9% des adultes américains souffrent de troubles liés à l'usage de l'alcool (abus ou dépendance) (5, 6, 7, 8).

Selon la Statistique Canada, environ 18% des Canadiens âgés de 18 ans et plus rapportent une consommation excessive d'alcool, et environ 7% des adultes canadiens souffrent de dépendance à l'alcool (5, 6, 7, 8).

3.2.2. Amérique Latine

Le taux de consommation excessive d'alcool chez les adultes mexicains est estimé à environ 7%. La consommation d'alcool est plus courante parmi les jeunes adultes, et des comportements de binge drinking (ivresse rapide) sont observés (5, 6, 7, 8).

Le Brésil a connu une augmentation de la consommation d'alcool au cours des dernières décennies, avec environ 10% des adultes souffrant de troubles liés à l'alcool (5, 6, 7). Les jeunes Brésiliens sont également particulièrement vulnérables à la consommation excessive (5, 6, 7).

En Argentine, environ 14% des adultes sont considérés comme ayant des problèmes de consommation d'alcool, avec des taux élevés de binge drinking, en particulier chez les jeunes hommes (5, 6, 7, 8).

3.2.3. Dans les Caraïbes

Dans des pays comme la Jamaïque, Trinité-et-Tobago et les Bahamas, la consommation d'alcool est courante et largement socialement acceptée, avec une prévalence notable de comportements d'alcoolisme chez les jeunes adultes. Cependant, les politiques de santé publique sont en développement pour mieux contrôler la consommation d'alcool (5, 6, 7).

3.2.4. Facteurs influençant la prévalence :

3.2.4.1. Réglementation et politique publique

Les États-Unis et le Canada ont des réglementations plus strictes concernant la consommation d'alcool, y compris des restrictions sur l'âge légal de consommation, des taxes sur l'alcool, et des campagnes de prévention (5, 6, 7, 9).

Ces mesures ont aidé à réduire les taux de consommation excessive d'alcool, bien que l'alcoolisme demeure un problème majeur (5, 6, 7, 8).

3.2.4.2. Comportements sociaux

Le binge drinking, ou consommation excessive d'alcool en une seule occasion, est courant en Amérique du Nord et dans certaines parties de l'Amérique Latine. La culture de la fête et les comportements sociaux autour de l'alcool y contribuent de manière significative (5, 6, 7, 8, 9, 10).

3.2.4.3. Soutien en matière de soins de santé

Les systèmes de santé publique aux États-Unis et au Canada offrent des programmes de traitement et de réadaptation pour les personnes souffrant de dépendance à l'alcool, mais l'accès aux soins varie selon la région et la situation économique.

3.3. Prévalence de l'alcoolisme en Europe

La prévalence de l'alcoolisme en Europe est relativement élevée par rapport à d'autres régions du monde (6, 7, 10, 11, 12). L'Europe est la région où la consommation d'alcool est la plus répandue, et la consommation excessive, y compris le binge drinking, représente un problème majeur de santé publique (6, 7, 10, 11, 12). Cependant, la prévalence varie selon les pays et les groupes sociaux, influencée par des facteurs culturels, socio-économiques et les politiques publiques en matière de santé (6, 7, 10, 11, 12).

3.3.1. Europe de l'Est

La Russie a l'un des taux de consommation d'alcool les plus élevés au monde, avec des taux de troubles liés à l'alcool très élevés (10, 11, 12). Environ 20-25% des adultes russes sont considérés comme ayant des problèmes liés à l'alcool (10, 11, 12). La consommation excessive d'alcool est courante, et l'alcoolisme reste un problème majeur de santé publique (10, 11, 12).

La Biélorussie et la Moldavie ont également des taux très élevés de consommation d'alcool. En Moldavie, la consommation moyenne d'alcool par habitant est l'une des plus élevées au monde (10, 11, 12).

3.3.2. Europe de l'Ouest

Au Royaume-Uni, environ 8,4% des adultes souffrent de troubles liés à l'alcool, selon une étude de 2019 (6, 10, 11, 12). Les comportements de binge drinking, où les individus consomment une quantité excessive d'alcool en une seule occasion, sont fréquents, particulièrement chez les jeunes adultes (6, 10, 11, 12).

Bien que la consommation d'alcool ait diminué au fil des années, la France demeure l'un des pays européens avec un taux élevé de consommation (6, 10, 11, 12). Environ 10-15% des adultes sont considérés comme ayant une consommation problématique d'alcool, et la culture de l'alcool est profondément enracinée dans la société (6, 10, 11, 12).

Environ 9% des Allemands adultes présentent des comportements de consommation excessive d'alcool. Cependant, des politiques rigoureuses et des campagnes de prévention ont aidé à réduire la consommation au fil du temps (6, 10, 11, 12).

3.3.3. Europe du Sud

En Espagne, Italie et au Portugal, il y a des niveaux modérés de consommation d'alcool, mais la consommation excessive est encore un problème dans certaines populations, en particulier chez les jeunes adultes (6, 10, 11, 12). En Espagne, environ 5% des adultes présentent des comportements d'alcoolisme, bien que la consommation d'alcool soit plus sociale et moins problématique par rapport aux pays de l'Est (6, 10, 11, 12).

3.3.4. Pays nordiques

Finlande, Suède et Danemark : Bien que la consommation d'alcool dans ces pays soit relativement élevée, des efforts de contrôle du tabac, y compris des restrictions sur la vente et la publicité, ont contribué à une réduction de la consommation excessive, bien que le binge drinking demeure un problème, en particulier chez les jeunes adultes (6, 10, 11, 12).

3.3.5. Facteurs influençant la prévalence

3.3.5.1. Régulations gouvernementales

Les pays européens ayant mis en place des politiques strictes sur la vente et la consommation d'alcool, y compris des taxes élevées, des restrictions sur la publicité, et des campagnes de sensibilisation, ont observé une réduction de la consommation excessive dans certaines populations (6, 10, 11, 12).

3.3.5.2. Comportements culturels et sociaux

L'alcool est souvent perçu comme un élément central de la vie sociale en Europe, ce qui peut faciliter des habitudes de consommation excessives, surtout dans les sociétés où la culture du binge drinking est courante (6, 10, 11, 12).

3.3.5.3. Soutien en matière de soins de santé

L'accès à des programmes de prévention et de traitement de l'alcoolisme est inégal en Europe, certains pays offrant des services de soins plus accessibles que d'autres (6, 10, 11, 12).

3.4. La prévalence de l'alcoolisme en Afrique

La prévalence de l'alcoolisme en Afrique varie largement d'un pays à l'autre, influencée par des facteurs culturels, socio-économiques et les politiques locales en matière de consommation d'alcool (6, 13).

Globalement, bien que la consommation d'alcool reste relativement faible en comparaison avec d'autres régions du monde, les problèmes liés à l'alcoolisme sont en augmentation dans certaines régions, notamment dans les zones urbaines (6, 13).

3.4.1. Afrique subsaharienne

L'Afrique du Sud présente l'une des prévalences les plus élevées d'alcoolisme en Afrique, avec environ 15% des adultes considérés comme ayant une consommation problématique d'alcool (6, 13). L'alcool est largement disponible, et la consommation excessive, notamment le binge drinking, est courante parmi les jeunes adultes, ce qui contribue à des taux élevés de dépendance (6, 13, 14, 15).

Environ 5-7% des adultes nigériens sont concernés par des troubles liés à l'alcool. Cependant, la consommation excessive d'alcool, notamment dans les grandes villes, est en croissance (6, 13, 14, 15).

Kenya : La consommation excessive d'alcool, notamment parmi les jeunes adultes, est un problème croissant au Kenya. Les politiques de régulation sont encore faibles, et de nombreux produits alcoolisés bon marché sont largement disponibles, contribuant à l'alcoolisme (6, 13, 14, 15).

3.4.2. Afrique de l'Est et de l'Ouest

Environ 10% des adultes en Éthiopie consomment de l'alcool de manière problématique. Cependant, dans certaines communautés rurales, l'alcool traditionnel (comme le t'ej) est couramment consommé et fait partie de la culture locale, ce qui peut limiter la reconnaissance du problème de dépendance (6, 13, 14, 15).

Au Ghana, l'alcoolisme est relativement répandu, surtout dans les zones urbaines où les jeunes adultes sont exposés à des comportements d'alcoolisme plus visibles. La prévalence est estimée à environ 5-8 % des adultes (6, 13, 14, 15).

3.4.3. Afrique du Nord

Égypte : Bien que l'alcool ne soit pas aussi largement consommé que dans d'autres régions, en raison de la majorité musulmane, l'alcoolisme reste un problème de santé, particulièrement dans les grandes villes comme Le Caire. Les troubles liés à l'alcool sont moins visibles en raison des tabous sociaux, mais les tendances montrent une légère augmentation dans les groupes urbains et jeunes adultes (6, 13, 14, 15).

En Algérie, au Maroc et en Tunisie, l'alcoolisme est moins répandu en raison de la forte influence des traditions et des valeurs religieuses, mais la consommation excessive existe, notamment parmi les jeunes hommes et dans les grandes villes (6, 13, 14, 15).

3.4.4. Facteurs influençant la prévalence en Afrique

3.4.4.1. Accessibilité et culture

Dans de nombreuses cultures africaines, l'alcool fait partie de rituels sociaux et culturels, ce qui entraîne une consommation excessive ou problématique (13, 14, 15).

Cependant, dans certaines régions rurales, l'alcoolisme est moins répandu que dans les zones urbaines (6, 13, 14, 15).

3.4.4.2. Politique publique

Bien que certains pays africains aient mis en place des mesures de contrôle de l'alcool (comme des restrictions sur la vente ou des campagnes de prévention), la régulation de l'alcool reste généralement faible dans de nombreuses régions (6, 13, 14, 15).

3.4.4.3. Croissance urbaine et mondialisation

L'urbanisation rapide et l'influence de la culture mondiale ont conduit à une augmentation de la consommation d'alcool, en particulier parmi les jeunes adultes dans les grandes villes (6, 13, 14, 15).

3.5. La prévalence de l'alcoolisme en République Démocratique du Congo (RDC)

La prévalence de l'alcoolisme en RDC reste relativement faible par rapport à d'autres pays du continent africain, mais elle connaît une tendance croissante, notamment dans les zones urbaines et parmi les jeunes adultes (6, 16, 17, 18). La consommation d'alcool est souvent influencée par des facteurs culturels, sociaux et économiques, et bien que la consommation modérée soit courante dans de nombreuses communautés, la consommation excessive d'alcool, en particulier chez les jeunes, devient un problème de santé publique croissant (6, 16, 17, 18).

3.5.1. Consommation générale d'alcool

La consommation d'alcool en RDC reste en grande partie modérée, surtout dans les zones rurales, où l'alcool est souvent consommé dans un cadre social ou culturel (ex. lors de cérémonies ou d'événements sociaux) (6, 16, 17, 18). Cependant, dans les zones urbaines comme Kinshasa, la consommation excessive devient plus visible, particulièrement parmi les jeunes adultes (6, 16, 17, 18).

3.5.2. Alcoolisme chez les jeunes

L'alcoolisme chez les jeunes, notamment les hommes jeunes, est en augmentation (6, 16, 17, 18). Des études montrent que les jeunes, notamment ceux qui sont scolarisés ou qui vivent dans les grandes villes, sont plus susceptibles d'adopter des comportements de binge drinking (consommation excessive d'alcool en une seule occasion) (6, 16, 17, 18). La consommation d'alcool chez les jeunes est souvent associée à des pratiques sociales telles que les soirées et les rassemblements (6, 16, 17, 18).

3.5.3. Produits alcoolisés locaux

La RDC est également un marché pour des produits alcoolisés locaux comme la malte, les boissons fermentées traditionnelles et des boissons alcoolisées artisanales (6, 16, 17, 18).

La consommation de ces produits peut parfois entraîner des comportements problématiques, car ils sont souvent peu coûteux et largement disponibles (6, 16, 17, 18).

3.5.4. Problèmes de santé associés

Bien que les données spécifiques sur la prévalence de l'alcoolisme en RDC soient limitées, la consommation excessive d'alcool entraîne divers problèmes de santé, tels que les maladies du foie, les troubles mentaux et les blessures dues à des comportements violents liés à l'alcool (6, 16, 17, 18). L'alcoolisme est également associé à une augmentation des risques de transmission du VIH/SIDA dans le pays, en raison de comportements à risque accrus sous l'influence de l'alcool (6, 16, 17, 18).

3.5.5. Facteurs influençant la prévalence en RDC

3.5.5.1. Accès limité à la prévention

En dépit de l'augmentation des comportements liés à l'alcoolisme, la RDC manque de programmes de prévention et de sensibilisation à grande échelle concernant les dangers de la consommation excessive d'alcool (6, 16, 17, 18).

3.5.5.2. Accessibilité et coût

L'alcool est relativement accessible, en particulier dans les zones urbaines (16, 18). Les boissons alcoolisées artisanales bon marché contribuent à la prévalence croissante des comportements problématiques (16, 18).

3.5.5.3. Influence des traditions et de la culture sociale

L'alcool joue un rôle important dans la vie sociale de nombreuses communautés en RDC, où il est souvent associé à des événements sociaux et des rituels traditionnels (16, 18).

4. Effets de l'alcool sur la santé

L'alcool, lorsqu'il est consommé en excès ou de manière régulière, peut avoir de nombreux effets néfastes sur la santé (19, 20, 21, 22). Ces effets peuvent être à la fois immédiats (pendant la consommation) et à long terme (19, 20, 21, 22).

Les effets de l'alcool sur la santé varient en fonction de la quantité consommée et de la fréquence (19, 20, 21, 22).

3.1. Effets à court terme : La consommation aiguë d'alcool peut entraîner des effets immédiats tels que l'euphorie, la désinhibition, la somnolence, la perte de coordination motrice, et des troubles cognitifs (19, 20, 21, 22, 23, 24, 25).

3.2. Effets à long terme

L'abus chronique d'alcool peut mener à de nombreuses pathologies graves (19, 20, 21, 22, 23, 24, 25).

3.2.1. Dépendance et addiction à l'alcool

L'alcoolisme est caractérisé par la perte de contrôle de la consommation et un besoin impérieux de boire (6, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25). L'alcool est une substance hautement addictive (6, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25).

La dépendance à l'alcool, ou alcoolisme, se caractérise par une forte envie de boire, un besoin compulsif de consommer, et une tolérance croissante, ce qui conduit à des consommations excessives pour ressentir les mêmes effets (19, 20, 21, 22, 23, 24, 25). Le sevrage alcoolique peut entraîner des symptômes physiques et psychologiques, allant de l'anxiété à des symptômes graves comme les convulsions ou le delirium tremens (19, 20, 21, 22, 23, 24, 25).

La consommation d'alcool est une pratique sociale répandue, mais elle est également source de problèmes de santé publique (19, 20, 21, 22). Les risques de dépendance augmentent avec la fréquence et la quantité de consommation (6, 19, 20, 21, 22). Les lignes directrices de santé publique recommandent une consommation modérée pour éviter les risques pour la santé (19, 20, 21, 22, 23, 24, 25).

L'alcool est une substance largement consommée, mais son abus peut avoir des effets dévastateurs sur la santé physique et mentale (19, 20, 21, 22). Les efforts pour limiter la consommation excessive et traiter les troubles liés à l'alcool sont cruciaux pour réduire les risques de dépendance et les maladies associées (19, 20, 21, 22). La prise en charge de l'alcoolisme implique une approche combinée de soins médicaux, de soutien psychologique, et de réadaptation sociale (19, 20, 21, 22, 23, 24, 25).

3.2.2. Maladies du foie : comme la stéatose hépatique, la cirrhose et le cancer du foie (6, 26, 27, 28, 29).

3.2.2.1. Hépatite alcoolique

La consommation excessive d'alcool peut entraîner une inflammation du foie, ce qui peut endommager les cellules hépatiques (6, 26, 27, 28, 29).

3.2.2.2. Cirrhose du foie

Après des années de consommation excessive, le foie peut devenir sévèrement endommagé, provoquant une cirrhose (6, 26, 27, 28, 29). Cela peut entraîner une insuffisance hépatique et, dans les cas graves, la nécessité d'une transplantation du foie (6, 26, 27, 28, 29).

3.2.2.3. Stéatose hépatique (foie gras)

L'accumulation de graisses dans le foie due à une consommation régulière d'alcool peut entraîner des problèmes de fonctionnement du foie (6, 26, 27, 28, 29).

3.2.3. Troubles cardiaques : arythmies, cardiomyopathie alcoolique (6, 26, 27, 28, 29).

3.2.3.1. Hypertension artérielle

L'alcool peut augmenter la pression artérielle, ce qui augmente le risque de maladies cardiaques, d'AVC et d'insuffisance cardiaque (6, 26, 27, 28, 29).

3.2.3.2. Cardiomyopathie alcoolique

Une consommation excessive sur une longue période peut endommager le muscle cardiaque, entraînant une incapacité du cœur à pomper efficacement le sang (6, 26, 27, 28, 29).

3.2.3.3. Arythmies

L'alcool peut perturber le rythme cardiaque, provoquant des arythmies comme la fibrillation auriculaire (6, 26, 27, 28, 29).

3.2.3.4. Accident vasculaire cérébral (AVC)

L'alcool peut augmenter le risque d'AVC, surtout lorsqu'il est consommé en grandes quantités (6, 26, 27, 28, 29).

3.2.4. Cancers : L'alcool est un cancérogène reconnu. Il augmente le risque de plusieurs types de cancers, notamment :

- Cancer du foie
- Cancer de la bouche, de la gorge et du pharynx
- Cancer de l'œsophage
- Cancer du pancréas,
- Cancer du sein (chez les femmes)
- Cancer colorectal (6, 26, 27, 28, 29).

L'alcool peut agir en tant que solvant, facilitant l'absorption de substances cancérogènes contenues dans le tabac et d'autres produits chimiques (6, 26, 27, 28, 29).

3.2.5. Troubles neuropsychologiques : l'alcool peut avoir des effets sur le cerveau et le système nerveux provoquant des pathologies comme :

- **Dépression, troubles anxieux, démence alcoolique** (6, 26, 27, 28, 29).
- **Détérioration cognitive** : Une consommation excessive d'alcool peut entraîner des troubles cognitifs, y compris la démence alcoolique (6, 26, 27, 28, 29).
- **Troubles psychiatriques** : L'alcool est souvent lié à des troubles de l'humeur, comme la dépression et l'anxiété (6, 26, 27, 28, 29). Il peut aussi provoquer des comportements violents ou impulsifs (6, 26, 27, 28, 29).
- **Syndrome de sevrage** : L'arrêt brutal de l'alcool chez les personnes dépendantes peut entraîner des symptômes graves, allant des tremblements à des convulsions, et dans des cas extrêmes, un delirium tremens (DT), qui peut être fatal (6, 26, 27, 28, 29).

3.2.6. Problèmes digestifs

- **Gastrite alcoolique** : L'alcool irrite la muqueuse gastrique, entraînant une inflammation de l'estomac, une douleur, des nausées et des vomissements (6, 26, 27, 28, 29).
- **Pancréatite** : L'alcool peut provoquer une inflammation du pancréas, ce qui peut entraîner des douleurs abdominales sévères et endommager cet organe vital (6, 26, 27, 28, 29).
- **Ulcères** : L'alcool peut favoriser la formation d'ulcères dans l'estomac et l'intestin, en particulier lorsqu'il est consommé en grande quantité (6, 26, 27, 28, 29).

3.2.7. Problèmes sociaux et professionnels

La consommation excessive d'alcool peut entraîner des problèmes dans la vie personnelle (divorces, conflits familiaux et amicaux) et professionnelle (perte d'emploi, baisse de performance, négligence, retards et absences non justifiés en milieu de travail) (6, 26, 27, 28, 29).

3.2.8. Affaiblissement du système immunitaire

Une consommation excessive d'alcool affaiblit le système immunitaire, rendant le corps plus vulnérable aux infections, comme la pneumonie, la tuberculose et autres infections virales ou bactériennes (6, 26, 27, 28, 29).

3.2.9. Risques pendant la grossesse

3.2.9.1. Syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) :

L'alcool ingéré pendant la grossesse peut causer des malformations physiques, des retards de développement et des troubles comportementaux chez l'enfant (6, 26, 27, 28, 29).

3.2.9.2. Fausses couches et naissances prématurées :

L'alcool augmente le risque de fausse couche et de naissance prématurée (6, 26, 27, 28, 29).

3.2.9.10. Problèmes de poids et métabolisme

L'alcool est riche en calories vides, ce qui peut entraîner une prise de poids excessive et favoriser l'obésité. Il peut aussi perturber le métabolisme des graisses et des sucres, contribuant à des maladies comme le diabète de type 2 (6, 26, 27, 28, 29).

NB :

Bien que la consommation modérée d'alcool puisse être acceptable pour certains individus, la consommation excessive présente des risques graves pour la santé (6, 26, 27, 28, 29). Il est important de surveiller sa consommation et de chercher à réduire les quantités ingérées pour prévenir ces effets néfastes (6, 26, 27, 28, 29).

Si l'on souffre de dépendance, il est crucial de consulter un professionnel de santé pour un traitement adapté (6, 26, 27, 28, 29).

4. Prise en charge d'un patient alcoolique

La prise en charge d'un patient alcoolique implique une approche multidisciplinaire, combinant traitements médicaux, soutien psychologique, suivi paraclinique et social (6, 26, 27, 28, 29, 30). Elle doit être adaptée à chaque individu en fonction de la sévérité de l'alcoolisme, de son état de santé général et de ses facteurs psychosociaux (6, 26, 27, 28, 29, 30).

4.1. Évaluation initiale

4.1.1. Évaluation du degré de dépendance : Utilisation d'outils comme :

- Le CAGE (test de dépistage de l'alcoolisme) ;
- L'AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) pour évaluer la consommation et les risques associés (5, 6, 26, 27, 28, 29, 30).

4.1.2. Bilan médical : Recherche des complications liées à l'alcoolisme :

- Cirrhose,
- Troubles cardiovasculaires,
- Troubles neurologiques, etc.

4.1.3. Bilan de labo

Le suivi d'un patient alcoolique nécessite souvent des analyses de laboratoire pour évaluer l'impact de la consommation d'alcool sur la santé, détecter des complications et surveiller les progrès du traitement (5, 6, 26, 27, 28, 29, 30).

4.1.3.1. Dosage de l'alcoolémie (éthanol)

A. Indication : Mesurer la concentration d'alcool dans le sang. Bien que ce test soit plus utilisé pour des tests ponctuels, il peut être effectué à plusieurs reprises dans le cadre d'une surveillance (5, 6, 31, 32, 33).

B. Méthode : Dosage par chromatographie en phase gazeuse ou par méthode enzymatique (5, 6, 31, 32, 33).

4.1.3.2. Gamma-glutamyl transférase (GGT)

A. Indication : La GGT est une enzyme produite principalement par le foie. Un taux élevé est souvent associé à la consommation chronique d'alcool et peut être utilisé pour suivre l'usage abusif. La GGT peut être élevée pour d'autres raisons que l'alcoolisme (maladies hépatiques, médicaments, etc.) (5, 6, 31, 32, 33).

B. Méthode : Dosage sanguin (5, 6, 31, 32, 33).

4.1.3.3. Transaminases (ASAT/ALAT)

A. Indication : L'ASAT (aspartate aminotransférase) et l'ALAT (alanine aminotransférase) sont des enzymes hépatiques qui augmentent en cas de lésions hépatiques. Une consommation excessive et chronique d'alcool peut causer une hépatite alcoolique, entraînant une élévation de ces transaminases (5, 6, 31, 32, 33).

B. Méthode : Dosage sanguin (5, 6, 31, 32, 33).

4.1.3.4. Bilirubine

A. Indication : La bilirubine, particulièrement la bilirubine directe (conjuguée), peut être élevée dans le cadre de troubles hépatiques dus à l'alcoolisme, comme la cirrhose ou l'hépatite alcoolique (5, 6, 31, 32, 33).

B. Méthode : Dosage sanguin (5, 6, 31, 32, 33).

4.1.3.5. Créatinine et fonction rénale

A. Indication : L'alcoolisme chronique peut entraîner une insuffisance rénale ou des troubles de la fonction rénale. La créatinine, un produit de dégradation de la créatine musculaire, est un indicateur de la fonction rénale (5, 6, 31, 32, 33).

B. Méthode : Dosage sanguin de la créatinine (5, 6, 31, 32, 33).

4.1.3.6. Hémogramme

A. Indication : Un test de l'hémogramme permet de détecter des anomalies liées à l'alcoolisme, comme l'anémie (diminution des globules rouges) ou la thrombocytopénie (baisse du nombre de plaquettes) (5, 6, 31, 32, 33).

B. Méthode : Prélèvement sanguin (5, 6, 31, 32, 33).

4.1.3.7. Marqueurs de l'hépatite virale (si suspicion)

A. Indication : Si l'alcoolisme coexiste avec une hépatite virale (comme les hépatites B ou C), des tests pour détecter les marqueurs de ces infections virales (anticorps, antigènes) peuvent être nécessaires (5, 6, 31, 32, 33).

B. Méthode : Dosage sanguin spécifique (5, 6, 31, 32, 33).

4.1.3.8. Folate sérique et vitamine B12

A. Indication : Les alcooliques chroniques peuvent souffrir de carences en vitamines, en particulier en acide folique et en vitamine B12, ce qui peut causer des symptômes neurologiques et des troubles sanguins (5, 6, 31, 32, 33).

B. Méthode : Dosage sanguin (5, 6, 31, 32, 33).

4.1.3.9. Albumine

A. Indication : Un taux bas d'albumine sérique peut être un indicateur de dénutrition ou de dysfonctionnement hépatique, conditions courantes chez les alcooliques ((5, 6, 31, 32, 33).

B. Méthode : Dosage sanguin (5, 6, 31, 32, 33).

4.1.3.10. Protéines C-réactives (CRP)

A. Indication : La CRP est un marqueur de l'inflammation. Une élévation de ce marqueur peut être observée en cas d'inflammation hépatique, comme dans les cas de stéatose hépatique ou d'hépatite alcoolique (5, 6, 31, 32, 33).

B. Méthode : Dosage sanguin (5, 6, 31, 32, 33).

4.1.3.11. Électrolytes (Na⁺, K⁺, Ca²⁺)

A. Indication : Les troubles électrolytiques peuvent survenir dans l'alcoolisme en raison de la déshydratation, des vomissements fréquents ou des troubles du métabolisme (5, 6, 31, 32, 33).

B. Méthode : Analyse sanguine des électrolytes (5, 6, 31, 32, 33).

4.1.3.12. Tests de fonction hépatique (Bilan hépatique)

A. Indication : Une série de tests permettant de détecter les anomalies du foie, en particulier la cirrhose ou l'hépatite alcoolique, qui sont des conséquences possibles de l'alcoolisme chronique. Cela comprend des tests comme l'albumine, la bilirubine, les transaminases, et la phosphatase alcaline (ALP) (5, 6, 31, 32, 33).

B. Méthode : Prélèvement sanguin (5, 6, 31, 32, 33).

4.1.3.13. Tests de détection d'alcool dans les cheveux ou dans l'urine

A. Indication : Certains tests permettent de détecter la consommation d'alcool sur une période prolongée (jusqu'à 90 jours dans les cheveux). L'ethylglucuronide (EtG) dans les urines est également un biomarqueur de la consommation d'alcool (5, 6, 31, 32, 33).

B. Méthode : Analyse de cheveux ou d'urine (5, 6, 31, 32, 33).

Conclusion

Les analyses de laboratoire sont essentielles pour le suivi d'un alcoolique, tant pour détecter des complications liées à la consommation excessive que pour suivre l'évolution de la santé du patient. Elles permettent également d'adapter le traitement en fonction de l'impact physique de l'alcoolisme. Il est important de suivre ces tests régulièrement, en combinaison avec une évaluation clinique et un suivi psychologique.

4.1.4. Évaluation psychosociale : Identifier les facteurs de risque psychosociaux tels que :

- Les troubles psychiatriques associés,
- Les conditions familiales ou professionnelles (34).

4.2. Traitements médicaux

Le sevrage peut être effectué en milieu hospitalier ou ambulatoire. L'arrêt brutal de l'alcool peut entraîner des symptômes de sevrage (tremblements, délirium tremens), qui doivent être gérés par une prise en charge pharmacologique, souvent avec des benzodiazépines (34, 35).

4.2.1. Prévention des rechutes

Le traitement de l'alcoolisme repose sur l'appui psychosocial (5, 6, 34, 35).

4.2.1.1. L'acamprosate et la naltrexone

A. Propriétés et mécanisme

L'**acamprosate** est un apparenté au GABA et la **naltrexone** est un antagoniste des RCP opioïdes (5, 6, 34, 35). Ils ont un effet modeste sur le maintien de l'abstinence alcoolique (5, 6, 34, 35).

L'acamprosate exerce une action antagoniste sélective sur les RCP à glutamate NMDA, ainsi qu'une modulation positive des RCP GABA-A (5, 6, 34, 35).

B. Indication

L'acamprosate est indiqué dans le maintien de l'abstinence chez le patient alcoolodépendant (5, 6, 34, 35). La naltrexone est utilisée pour aider les patients alcoolodépendants à se libérer de leur accoutumance (5, 6, 34, 35).

C. Effets indésirables

Rash, prurit et troubles gastro-intestinaux (diarrhée) (5, 6, 34, 35).

D. Posologie : 4 à 6 Co/j en 3 prises. **CAMPRAL** Co gastro-résistant 333 mg ; **NALTREXONE** ou **NALTREAT** ou **NALSIGN** Co 50 mg (5, 6, 34, 35).

4.2.1.2. Le nalméfène

A. Propriété et mécanisme

C'est un antagoniste des récepteurs opioïdes apparenté à la naltrexone (5, 6, 34, 35). C'est un modulateur du système opioïde avec un profil d'activité différente sur les RCP μ , δ et κ (5, 6, 34, 35).

B. Indication

Il est utilisé pour aider à réduire la consommation d'alcool chez les patients non abstinents (5, 6, 34, 35).

C. Contre-indications

Traitement concomitant par des analgésiques morphiniques, insuffisance rénale sévère, insuffisance hépatique (5, 6, 34, 35).

D. Effets indésirables

Insomnie, céphalées, vertiges, nausées voire hallucinations et confusion (5, 6, 34, 35).

E. Interaction médicamenteuse

Manifestations de sevrage ou de perte de l'effet analgésique de l'opioïdes en association à des opioïdes (5, 6, 34, 35).

F. Posologie : 1 Co à la demande, max. 1 x/j. **SELINCRO** Co 18,06 mg (5, 6, 34, 35).

4.2.1.3. Le disulfirame

A. Propriété et mécanisme

Il agit en inhibant une enzyme nécessaire à l'élimination de l'alcool (acétaldéhyde déshydrogénase : chargée de transformer l'acétaldéhyde en acide acétique) (5, 6, 34, 35).

L'inhibition de l'acétaldéhyde-déshydrogénase entraîne une élévation de la concentration en acétaldéhyde, métabolite de l'alcool éthylique responsable de manifestations déplaisantes comme : bouffées congestives du visage, nausées et vomissements, sensation de malaise, tachycardie et hypotension (5, 6, 34, 35).

B. Indication

- Traitement de dissuasion ou dans le but d'atteindre l'abstinence (5, 6, 34, 35).

C. Contre-indications

Insuffisance cardiaque, coronaropathie, HTA ou ses antécédents, AVC, psychose, trouble sévère de la personnalité, risque suicidaire (5, 6, 34, 35).

D. Effets indésirables

Troubles du goût, rash, céphalées, somnolence, hépatotoxicité, convulsions, polyneuropathies, collapsus cardiovasculaire (pouvant même s'avérer fatal en cas d'ingestion d'alcool) : réaction peut survenir jusqu'à 2 semaines après la dernière prise de disulfirame (5, 6, 34, 35).

E. Interactions médicamenteuses

- Augmentation de l'effet des antagonistes de la vitamine K ;
- Réactions psychotiques en association au métronidazole (5, 6, 34, 35).

F. Posologie : ¼ à ½ Co/j. **ANTABUSE** Co 400 mg (5, 6, 34, 35).

4.2.1.4. Le baclofène

A. Propriétés

C'est un analogue du GABA. C'est un myorelaxant qui agit au niveau de la moelle épinière comme agoniste du RCP GABA-B en inhibant les réflexes mono et polysynaptiques et donc favorisant la relaxation des muscles squelettiques (5, 6, 34, 35).

B. Mécanisme

C'est un agoniste sélectif des RCP GABA capable de traverser la barrière hémato-encéphalique (5, 6, 34, 35).

La neurotransmission GABA joue un rôle majeur dans la régulation du comportement émotionnel, le contrôle de l'anxiété et l'activation du circuit de la récompense (5, 6, 34, 35).

C. Indication

Réduction de la consommation d'alcool (5, 6, 34, 35).

D. Contre-indication

Hypersensibilité au baclofène ou à l'un des excipients (5, 6, 34, 35).

E. Effets indésirables

Somnolence, relâchement musculaire, troubles visuels et vertiges (5, 6, 34, 35).

F. Posologie : 15 à 20 mg/j en 2 à 4 prises pendant 3 jours. La dose quotidienne sera augmentée par palier de 10 mg tous les 3 ou 4 jours. **BACLOFENE Co 10 mg** (5, 6, 34, 35).

4.2.2. Traitement de sevrage éthylique

A. Les benzodiazépines

Dans le **sevrage éthylique aigu** pour prévenir les crises convulsives (5, 6, 34, 35).

B. Les antipsychotiques

Le tiapride (benzamide) : dans l'agitation psychomotrice lors du sevrage éthylique (5, 6, 34, 35). La dose est 100 mg/j, soit 2 x 50 mg/j ; la dose sera augmentée progressivement par paliers de 50 à 100 mg tous les 2 à 3 jours jusqu'à atteindre une dose maximale de 300 mg/j si nécessaire. La dose moyenne utilisée chez le sujet âgé est de 200 mg/j (5, 6, 34, 35).

C. La vitaminothérapie du groupe B

La vitamine B1 ou thiamine est indiquée dans la prévention et le traitement de l'encéphalopathie de Wernicke (syndrome de Wernicke-Korsakoff) : une maladie neurodégénérative causée par une grave carence en thiamine et pouvant endommager certaines régions du cerveau et occasionner des troubles de mémoire, de coordination des mouvements et de la vision (5, 6, 34, 35).

Posologie : 25 mg en IV ou IM : 1 ou 2 fois par jour puis 10 mg/jour en PO (5, 6, 34, 35).

4.3. Prise en charge psychologique et comportementale

4.3.1. Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

Pour aider le patient à identifier les déclencheurs de sa consommation et à développer des stratégies d'adaptation (5, 6, 34, 35).

4.3.2. Thérapie motivationnelle

En se basant sur les principes du modèle transthéorique du changement, cette approche aide à renforcer la motivation du patient à changer son comportement (5, 6, 34, 35).

4.3.3. Groupes de soutien

Les groupes comme les Alcooliques Anonymes (AA) offrent un soutien communautaire et un suivi par les pairs (5, 6, 34, 35).

4.3.4. Prise en charge des comorbidités psychiatriques

Souvent, les patients alcooliques présentent des troubles psychiatriques concomitants, tels que la dépression ou l'anxiété, qui nécessitent également un traitement (5, 6, 34, 35).

4.4. Suivi à long terme

4.4.1. Prévention des rechutes

Un suivi régulier est nécessaire pour maintenir l'abstinence, gérer les risques de rechute, et traiter toute situation de crise (5, 6, 34, 35).

4.4.2. Soutien social

Accompagnement dans la réinsertion sociale et professionnelle, gestion des relations familiales et travail sur les causes sous-jacentes de l'alcoolisme (5, 6, 34, 35).

4.4.3. Programmes d'abstinence prolongée

Certains patients bénéficient de programmes d'abstinence sur le long terme, pour renforcer les acquis de la prise en charge initiale (5, 6, 34, 35).

REFERENCES

1. Lange, L., & Vance, W. (2012). Introduction to Organic Chemistry (5th ed.). Wiley.
2. Foye, W.O., Lemke, T.L., & Williams, D.A. (2008). Foye's Principles of Medicinal Chemistry. Lippincott Williams & Wilkins.
3. Katzung, B.G., Masters, S.B., & Trevor, A.J. (2017). Basic and Clinical Pharmacology. McGraw-Hill Education.
4. Mann, J., Davidson, A., & Stewart, W. (2005). Natural Products: A Laboratory Guide. Academic Press.
5. Rehm, J., & Shield, K. D. Global alcohol use and alcohol-attributable deaths and diseases. Lancet 2019, 394 (10208), 1204-1215.
6. World Health Organization (WHO). Global Status Report on Alcohol and Health 2018. (https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/)
7. Grant, B. F., et al. Prevalence and Correlates of Alcohol Use and DSM-IV Alcohol Use Disorder in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. JAMA 2017, 295 (17), 1913-1921.
8. Moss, H. B., & Chen, C. M. Drinking Patterns and Alcohol Use Disorder in the United States: The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Alcohol Research: Current Reviews 2016, 38(1), 68-75.
9. Statistique Canada. Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey. (<https://www.statcan.gc.ca>)
10. Rehm, J., et al. The relation between different dimensions of alcohol use and the burden of disease-an overview. Addiction 2014, 109 (8), 1227-1235.
11. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). "European Drug Report 2020: Trends and Developments."
(<https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2020>)
12. Room, R., et al. Alcohol and public health: A review of the global situation." Addiction 2005, 100 (1), 5-14.

13. Hussain, A. A., et al. Alcohol use in Africa: A review of trends and challenges." *Addiction* 2019, 114 (4), 678-690.
14. Babor, T. F., et al. Alcohol: No ordinary commodity – Research and public policy." Oxford University Press, 2010.
15. Mucha, S. H., & Okafor, C. A. Alcohol consumption and its consequences in sub-Saharan Africa." *African Journal of Substance Use* 2015, 8(2), 103-111.
16. Tshiala, A. K., et al. Consommation d'alcool et problèmes associés dans la République Démocratique du Congo." *African Journal of Substance Use* 2016, 14(2), 128-134.
17. Michaud, N. La consommation d'alcool en Afrique : Analyse du contexte et défis pour la santé publique." *Journal Africain de Santé Publique* 2017, 23(4), 142-149.
18. Kabila, P. R., et al. La santé publique en République Démocratique du Congo : Problèmes liés à la consommation excessive d'alcool." *Revue Congolaise de Médecine et de Santé Publique* 2015, 9(3), 107-115.
19. Lemoine, P., & Tanguy, M. *Prise en charge des troubles liés à l'alcoolisme*. Masson 2013.
20. Miller, W. R., & Rollnick, S. *Motivational Interviewing: Helping People Change*. The Guilford Press 2013.
21. McLellan, A. T., & Weiss, R. D. *Treatment of addiction: A guide for patients and families*. Oxford University Press 2009.
22. Tiffany, S. T., & Wray, J. M. The clinical science of alcoholism: Behavioral science perspectives. *Annual Review of Clinical Psychology* 2012, 8, 361-389.
23. Benowitz, N. L. Nicotine Addiction and Alcohol Use: Interactions and Mechanisms. *The New England Journal of Medicine* 2010, 363, 1845-1850.
24. Fleming, M. F., & Offord, K. P. Alcohol Use Disorders and Primary Care: A Guide for Diagnosis and Treatment. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2011, 72(3), 406-414.
25. Institute of Medicine (IOM). *Reducing the Health Consequences of Alcohol Abuse*. National Academies Press 2012.
26. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Alcohol and Public Health: Alcohol-Related Disease Impact (ARDI)*. CDC 2020.
27. Martin, J. *Les Facteurs Psychosociaux dans le Développement de l'Alcoolisme chez les Adolescents*. Thèse de doctorat, Université Paris 5, 2011.
28. Lemoine, V. *L'Approche Psychologique de l'Alcoolisme: Théories et Pratiques Cliniques*. Mémoire de master, Université de Bordeaux 2017.

29. Dupont, A. L'Alcoolisme et ses Effets sur la Santé. Le Journal de la Santé 2019, 33(5), 22-25.
30. Tissier, C. Arrêter l'Alcool: Les Clés pour une Réussite Durable. Santé Magazine 2018, 50(7), 15-18.
31. Rosenberg, H. et al. Alcoholism and liver disease. The Lancet 2020.
32. Chedid, V. et al. Le bilan biologique et clinique de l'alcoolisme. Revue Francophone de la Santé et des Médecines Sociales 2019.
33. Lemoine, M. et al. Bilan paraclinique chez l'alcoolique : l'importance du dépistage précoce. Journal of Hepatology 2018.
34. Fondation Papa Muilu Pila (FPM) de l'Etablissement d'Utilité Publique (EUP). Aperçu général sur la consommation de substances psychoactives (SPA) : tabac, alcool et drogues illicites. 2024.
35. Mananga Ielo Gilbert & Muilu Pila Justin. Eléments de Neuropsychopharmacologie. Notes d'enseignements destinées aux étudiants de Premier doctorat de Médecine. Université Simon Kimbangu, 2024.

