

# PRISE EN CHARGE DU MÉSUSAGE DE L'ALCOOL AVEC DÉPENDANCE PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

DOR B (1), PAQUET E (2), ORBAN T (3), DUBOIS AF (4), SCHMETS A (4), PITCHOT W (5)

**RÉSUMÉ :** La prise en charge clinique du mésusage d'alcool avec dépendance par le médecin généraliste est décrite dans cet article. Il s'agit, d'abord, de déstigmatiser ces patients et leur pathologie. La démarche diagnostique est précisée. L'approche thérapeutique est, d'abord, motivationnelle; elle prendra, ensuite, des allures pédagogiques : il s'agit de coping. Les soins sont physiques et psychologiques. L'empathie, tout au long de la relation thérapeutique, est fondamentale et les techniques pour créer l'alliance thérapeutique sont décrites. Savoir référer au psychologue, faire appel au réseau, collaborer avec le psychiatre, conseiller l'entraide sont des initiatives nécessaires. La formation des médecins généralistes connaît de nouvelles opportunités : notamment, grâce à un certificat interuniversitaire d'alcoologie mis sur pied à la rentrée académique 2016-2017 à l'initiative de la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) et de trois universités francophones (UCL, ULB et ULiège). On peut espérer que ces nouvelles pratiques cliniques, valorisantes pour le médecin généraliste, contribueront à réduire le « treatment gap » dans la prise en charge du mésusage d'alcool avec dépendance, un véritable défi de santé publique.

**MOTS-CLÉS :** *Alcoolodépendance - Soins primaires - Psychothérapie*

## ALCOHOL DEPENDENCE IN PRIMARY CARE : A CLINICAL APPROACH BY THE GP

**SUMMARY :** Clinical care to patients with alcohol dependence by GP's is described in this article. First, we have to destigmatize these patients and their illness. Diagnosis approach is specified. Therapeutic approach is first a motivational approach; subsequently it's like pedagogy : it's coping. Care is both physical and psychological. Empathy all along therapeutic relationship is a priority and how establishing a therapeutic alliance is described. A psychiatrist, a psychologist, a care network, self-help associations have also to be called on when needed. Physicians education creates new opportunities since 2016-2017 : in particular SSMG (Scientific Society of Primary Care) and three Belgian universities (UCL, ULB and ULiège) introduced a special study program called « certificat interuniversitaire d'alcoologie ». Let's hope this new clinical rewarding approach for GP's contribute to reduce the treatment gap as far as clinical care of patients with alcohol dependence is concerned.

**KEYWORDS :** *Alcohol dependence - Primary care - Psychotherapy*

## INTRODUCTION

Le mésusage de l'alcool avec dépendance (Société Française d'Alcoologie) ou le trouble de l'usage d'alcool de grade modéré à sévère (DSM-5) est une situation clinique très fréquente en soins primaires. C'est particulièrement le cas à la consultation du médecin généraliste, pour autant que celui-ci puisse faire fi de son propre déni, qu'il ne redoute pas celui de son patient ou ne soit pas confronté à celui de la famille du patient. Le « treatment gap » pour cette pathologie (fossé entre le nombre de patients atteints d'une pathologie et le nombre de patients effectivement traités) est majeur : seulement 15 % des patients atteints de ce trouble sont diagnostiqués; la moitié d'entre eux sont pris en charge; 85 % resteront donc totalement hors du circuit de soins. Les écueils pour réduire ce « fossé » sont

nombreux : ces patients sont parfois désinhibés (atteinte frontale), déprimés, certains portent la honte jusqu'au silence et au retrait social, beaucoup ont une faible estime d'eux-mêmes jusqu'à ne plus craindre la mort. Le déni résulte parfois plus de troubles cognitifs induits que d'un mécanisme de défense. Ces patients sont très sensibles au rejet, comprennent mal les émotions des autres ainsi que leurs propres émotions. Ils seraient non-demandeurs de soins. Le médecin généraliste sera parfois amené à être consulté par ces patients entre la vaccination d'un enfant et une consultation d'un senior. La stigmatisation de ces patients reste bien réelle; en témoigne notre vocabulaire pour les dénommer : des patients « alcooliques ». Parlons-nous encore de « tuberculeux » ou de « syphilitiques » ? Les patients « déments » se voient dorénavant plus respectueusement nommés « patients atteints de troubles cognitifs ».

L'alcoologie clinique doit connaître sa propre métamorphose : parlons de « trouble de l'usage d'alcool ». Précisons les notions de consommation à risque, de consommation excessive, d'usage avec dépendance. Soigner nos patients alcoolodépendants, cela n'est pas mobiliser leur « volonté »; c'est créer un lien de nature empathique qui donnera naissance à une approche clinique où nous allons susciter ou augmenter la « motivation » de nos patients, leur apprendre à refuser des sollicitations, leur apprendre à gérer

(1) Médecin généraliste, Alcoologie, Cabinet de Médecine Générale et Alcoologie, Liège, Belgique.

(2) Médecin généraliste, Alcoologie, C.H.S. L'Accueil, Lierneux, Belgique.

(3) Médecin généraliste, Alcoologie, Cabinet de Médecine Générale et Alcoologie, Uccle, Belgique.

(4) Psychologue, Psy Pluriel, Liège, Belgique.

(5) Psychiatre, Service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, CHU Liège, Belgique.

leurs émotions : cette alcoologie clinique a des allures de pédagogie. Laissons définitivement de côté la question de la volonté. Sous ces conditions, l'alcoologie clinique peut s'avérer efficace; l'adage «qui a bu, boira» témoigne du stigma. Cette clinique devient alors une pratique valorisante pour le soignant.

Depuis la rentrée académique 2016-2017, à l'initiative de la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) et de trois universités francophones (ULiège, UCL, ULB), un certificat interuniversitaire d'alcoologie a été mis en place qui contribuera à une meilleure formation des soignants, notamment des médecins généralistes. Nous décrirons, dans cet article, nos pratiques cliniques : celles de tout médecin généraliste et celles du médecin généraliste alcoologue : le médecin généraliste, souvent limité par le temps, trouvera néanmoins de nombreux «outils» cliniques dans la pratique du médecin généraliste alcoologue. Ces pratiques se «recourent».

## LE MÉSUSAGE DE L'ALCOOL AVEC DÉPENDANCE : FRÉQUENCE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Selon le dernier rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS 2018), le mésusage d'alcool avec dépendance touche, en Belgique, 6,3 % des hommes et 2,3 % des femmes; 15 % seulement sont diagnostiqués et 8 % sont effectivement traités.

## UN DIAGNOSTIC CLINIQUE ? DIAGNOSTIC AVEC LE DSM-5 ?

Selon Fouquet, le mésusage d'alcool avec dépendance se définit comme la perte de la maîtrise de la consommation, comme la perte de la liberté de s'abstenir de consommer : on observe un désir souvent puissant, parfois compulsif, de consommer, la perte de contrôle de la consommation ou la poursuite de la consommation dans des situations dangereuses. On peut retrouver des complications somatiques, psychiques ou sociales de la consommation; toutefois, la dépendance à l'alcool ne se définit pas par rapport à un seuil ou à une fréquence de consommation, ni par l'existence de dommages induits qui sont, néanmoins, souvent associés.

Le DSM-5 propose, quant à lui, un diagnostic à 11 critères. Ces critères sont : le désir persistant de consommer, la perte de contrôle de la consommation, le temps passé à consommer, la tolérance au produit, l'existence d'un

syndrome de sevrage, l'abandon des activités habituelles en relation avec le temps passé à consommer, la poursuite de la consommation malgré les conséquences physiques de celle-ci, l'incapacité à remplir des obligations majeures et la mise en situations dangereuses en raison de la consommation, la consommation répétée malgré les problèmes sociaux qu'elle entraîne, l'existence de «craving» (désir impérieux de consommer). Ces critères, selon leur présence ou non, permettent de définir trois niveaux de sévérité : faible (au moins 2 critères présents sur 11), modéré (au moins 4) et sévère (au moins 6), rendant compte d'un gradient de sévérité du mésusage et pouvant influencer la prise de décision en fonction d'un objectif de consommation (abstinence ou consommation contrôlée).

## ETABLIR LE LIEN THÉRAPEUTIQUE « ÇA PASSE OU ÇA CASSE »

Pour le patient, aborder son alcoolodépendance est une démarche très difficile. Lui qui se croyait tout puissant par rapport à la boisson, le voilà demandeur d'aide. Consulter, c'est admettre avoir un sérieux problème. C'est aussi avoir admis qu'on ne s'en sort pas seul. C'est évoquer ses consommations (parfois cachées) et parler avec son médecin de cette «toxicomanie» à l'alcool, puisque c'est bien de cela qu'il s'agit. C'est dépasser le stigma social et une auto-stigmatisation. Créer le lien devra être le premier souci du médecin consulté. Le soignant dispose du temps de cette première consultation (30 minutes dans notre pratique clinique) pour «toucher» son patient, lui apparaître comme un interlocuteur possible puis privilégié, avec qui il pourra aborder ses «secrets» et, notamment, cette consommation qui occupe de plus en plus de place dans son univers quotidien et sa vie psychique. Parler d'addiction à l'alcool, c'est aborder son cortège de symptômes : perte de contrôle («je ne sais pas m'arrêter»), impulsivité, obsession, perte de la liberté de ne pas boire (parole d'un patient en manque : «Je suis comme un vampire qui n'a pas son sang»).

Comment fonder cette alliance thérapeutique ? En manifestant notre empathie au patient, par la parole et le non-verbal. En actant qu'il s'agit d'une consultation pour faire un premier bilan de ce problème d'alcool, tout en précisant explicitement que, bien sûr, il n'y a, dans ce type de consultation, pas la moindre place pour quelque forme de jugement que ce soit. En stipulant qu'il ne s'agit pas non plus, pour nous soignants, de prendre parti dans un problème

de famille. En précisant que le pronostic est bon, dès lors que le processus thérapeutique est bien en place et que le patient est décidé à être l'acteur principal de son rétablissement. En explicitant que ce processus de soins est plus simple qu'il n'y paraît. Il est en partie de nature pédagogique : par exemple, apprendre à refuser des sollicitations, apprendre à connaître ses propres émotions et à les gérer. En précisant que nous sommes ouverts à plusieurs options de soins : soit le choix de ne plus boire du tout, ou alors un programme de consommation modérée, tout en en précisant les contours et balises. En rappelant que le programme de soins ne peut déboucher que sur une augmentation de la qualité de la vie. Cette première consultation laisse la parole tant au patient qu'au médecin, il n'y aura pas de « blanc ». Si le patient trouve difficilement sa parole, nous soignants préciserons les notions ci-dessus. A l'issue de cette première consultation, les dés sont probablement jetés.

### **UNE PREMIÈRE CONSULTATION POUR TROUBLE DE L'USAGE D'ALCOOL : LE PATIENT AVEC SON PROPRE MÉDECIN GÉNÉRALISTE**

Il va sans dire que la démarche d'un patient présentant un mésusage d'alcool de venir en consultation parler de sa problématique n'est pas la plus fréquente; certains changements négatifs sur le plan physique et/ou psychologique, des anomalies biologiques (mais les tests de laboratoire ne sont ni sensibles, ni spécifiques pour un diagnostic de mésusage d'alcool), une inquiétude exprimée par l'entourage peuvent alerter. Il est donc important que le médecin généraliste puisse repérer le mésusage d'alcool. Pour cela, la question de la consommation d'alcool (« buvez-vous de la bière, du vin, de l'alcool? ») est fondamentale et doit être posée. A qui ? Aborder la question de l'alcool à chaque consultation est illusoire, mais l'aborder avec chacun de nos patients, dans une optique d'être systématique, l'est beaucoup moins. En pratique, on posera cette question devant toute situation particulière ou à risque : lors d'une première consultation (comme on pose la question du tabac), à des patients appartenant à certaines catégories à haut risque de boire en excès (adolescents, adultes dans la tranche d'âge de 45 à 64 ans, fumeurs, personnes travaillant dans l'Horeca). On la posera évidemment à des patients présentant des symptômes, des signes cliniques, des tests de laboratoires altérés ou encore des pathologies pouvant être liées à une consommation inadéquate d'alcool (hypertension arté-

rielle, arythmie cardiaque, dyspepsie, troubles hépatiques, dépression, anxiété, troubles du sommeil, traumatisme à répétition, etc.). La question a tout son sens auprès des patients souffrant de maladies chroniques ne réagissant pas au traitement (hypertension, dépression, cardiopathie, troubles gastrointestinaux, douleurs chroniques, diabète, etc.) et auprès des patients se trouvant dans des situations à risque élevé (femmes enceintes ou avec désir de l'être, risque professionnel, comorbidités, troubles psychiatriques, âge avancé). Enfin, les patients concernés par la prescription d'un médicament connu pour interagir avec l'alcool (antidépresseurs, benzodiazépines, antalgiques d'action centrale, antihistaminiques, myorelaxants, antibiotiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens, warfarine, etc.) feront aussi l'objet de notre sollicitude.

Une fois le mésusage d'alcool repéré, il convient de l'évaluer, en s'aidant de la notion de l'unité d'alcool, ou verre standard (environ 10 g d'alcool), de la consommation déclarée d'alcool (non seulement la quantité consommée, mais aussi la fréquence de la consommation) et de certains outils tels que les questionnaires FACE, AUDIT, AUDIT-C, qui peuvent aider le praticien à aborder plus en avant la question de l'alcool. Les attitudes du praticien seront adaptées en fonction du type de mésusage : à risque ou nocif (où l'objectif est de revenir vers une consommation à moindre risque), ou alors le mésusage d'alcool avec dépendance dont on essaiera de rechercher les répercussions somatiques, psychologiques et sociales, et dont on tentera de grader la sévérité. On adoptera, vis-à-vis du patient, une attitude empathique, dépourvue de jugement, mais professionnelle; on déterminera, avec lui, quelles sont ses attentes, en l'assurant qu'*in fine*, c'est lui l'acteur des soins. On lui proposera de remplir un calendrier de consommation (quantité consommée, fréquence de consommation, activités, affects, etc.) et de se revoir à court terme pour en discuter.

### **UNE PREMIÈRE CONSULTATION POUR TROUBLE DE L'USAGE DE L'ALCOOL AVEC DÉPENDANCE CHEZ UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE ALCOOLOGUE**

Le but de la consultation est ici clair : mise au point d'un trouble de l'usage de l'alcool en vue d'une prise en charge. Après avoir établi une alliance thérapeutique, le médecin généraliste alcoologue recueillera des données de base essentielles, c'est-à-dire les données de

consommation elles-mêmes (CDA : Consommation Déclarée d'Alcool) (supra). Le patient sera invité à compléter un inventaire hebdomadaire en vue d'une seconde consultation. Si les quantités bues ne définissent ni la dépendance, ni la gravité de cette dépendance, elles en constituent un des éléments. La consommation est-elle cachée ? Y a-t-il des « trous noirs » ? Y a-t-il prise d'autres substances ? Le patient identifie-t-il l'effet psychoactif recherché ? Si le patient avance la convivialité comme principal pattern de consommation, sachons lui montrer que, de fait, c'est avant tout l'effet psychoactif qu'il recherche. Il est plus facile d'afficher que l'on est épicurien ou très sociable que d'aborder la réalité : l'alcool, au fur et à mesure que la dépendance s'ancre, devient un cache-misère, un euphorisant, une façon de « s'absenter » des réalités. Un entretien bien mené fera plus ou moins rapidement admettre au patient qu'il boit pour les effets et que c'est bien là le souci. On abordera les antécédents de prise en charge pour le trouble d'usage d'alcool. Ces antécédents peuvent être lourds, mais parfois aussi vierges. On fera préciser profession, études et formation. Il faut s'enquérir des antécédents de by-pass gastrique : de nombreux troubles de l'usage de l'alcool sont associés à cette chirurgie bariatrique.

On abordera brièvement le sujet de la famille. Y a-t-il une compagne/un compagnon ? Depuis quand ? Y a-t-il des enfants ? Les âges de ceux-ci ? Y a-t-il des répercussions familiales ou conjugales du mésusage d'alcool. Si le patient laisse entendre que « tout va bien » ou émet des propos tels que « je ne suis jamais violent », sachons glisser « avec votre consommation, telle que vous l'avez décrite, n'êtes-vous pas comme le grand absent de la famille ? N'est-ce pas là un vrai problème ? ». On pourra demander au patient, par quelques mots (moins de dix !), d'évoquer ses parents; ces quelques mots en disent souvent long, suffisamment pour un premier entretien.

On demandera au patient de communiquer ses attentes. On précisera notre offre de soins : il existe donc des plans de soins « 0 » (abstinence) et des plans « consommation modérée ». Consommation modérée avec ses balises : balises OMS (< 14 verres/semaine pour une femme et < 21 verres/semaine pour un homme); ou balises du Conseil supérieur de la Santé : ne pas dépasser 10 U/semaine; ne pas consommer seul, ni dans un état thymique négatif. Si le plan « 0 » effraie par la notion « à vie », sachons évoquer un plan « 0 » de « plusieurs mois », pendant lequel la prise en charge se mettra en place.

Cette première consultation de 30 à 45 minutes se clôture avec un « devoir » à domicile pour le patient : réfléchir au choix du « 0 » ou du très peu. Si le choix est « 0 » : à l'hôpital ou à la maison ? Un second rendez-vous sera proposé dans les 7 à 14 jours. Voilà notre méthode de travail en consultation.

### **SUIVI PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE DU TROUBLE DE L'USAGE DE L'ALCOOL**

A court terme, c'est-à-dire environ 1 semaine après la première consultation, le médecin et son patient se reverront pour finaliser le bilan entamé et pour ouvrir des perspectives et des objectifs de traitement auxquels le patient pourra réfléchir. Permettant un accompagnement de longue durée, le médecin généraliste est la première personne ressource, tant pour le patient que pour son entourage. Il devra être capable d'une intervention psychosociale, axée sur le renforcement de la motivation au changement, sur le renforcement du soutien de l'entourage. Il facilitera le recours aux mouvements d'entraide ou l'observance du traitement pharmacologique. Le médecin généraliste accompagnera ses patients ne souhaitant pas s'engager dans l'abstinence, mais souhaitant réduire leur consommation. Il assurera la prévention d'un syndrome de sevrage. Il veillera au maintien de l'abstinence et à la prévention de la rechute. Il est important que le médecin généraliste se sente à l'aise dans le cadre de cette approche de ce type de prise en charge; il ne doit pas hésiter à s'appuyer sur un réseau - par exemple <http://www.reseualcool.be> - et s'y référer.

### **SUIVI PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ALCOOLOGUE DU TROUBLE DE L'USAGE DE L'ALCOOL AVEC DÉPENDANCE**

La seconde consultation commencera en demandant au patient de préciser son choix : avez-vous pu réfléchir au cap que vous voulez donner à la suite de nos consultations : un plan « 0 » ? Un plan « consommation modérée » ? On rappellera ce qu'est vraiment chaque plan. On rappellera aussi que, quel que soit le plan choisi, « 0 » ou se modérer, il faudra changer sa vie. On précisera que ces plans feront l'objet de pédagogie de notre part et d'apprentissage pour le patient : par exemple, apprendre à refuser des sollicitations sociales, apprendre

à se mettre à l'écoute de soi, en identifiant ainsi les états émotifs difficiles à gérer (qui, de fait, se géraient avec l'alcool), mettre en place des alternatives valorisantes et non frustrantes. Le patient pourra, ainsi, acquérir toute une série de compétences lui permettant de respecter le cap choisi.

Si, à l'occasion des consultations suivantes, le patient n'a pas respecté le plan, il s'agira de voir avec lui où le bât blesse et, dès lors, de mettre en place d'autres stratégies pour retrouver le cap choisi par le patient. Ne jamais juger, toujours conseiller et motiver. Rappeler que le pronostic est bon. Informer au sujet de l'entraide. Savoir conseiller un suivi psychiatrique (les comorbidités psychiatriques) ou psychologique (prise en charge d'un narcissisme effondré, de traumatismes, d'abus sexuels, etc.). D'une consultation à l'autre, on fera le suivi de la situation familiale ou conjugale, de la situation en milieu de travail, de l'état thymique, du bonus de l'abstinence ou de la modération, des difficultés résiduelles, du « craving » (associé au risque de récurrence de l'alcoolisation), de la tolérance à la médication éventuellement prescrite. Somme toute, il convient de suivre une check-list psychosociale guidant notre thérapie de soutien. En fin de consultation, on conviendra d'objectifs à atteindre dans le cadre du suivi. L'alcoolodépendance ayant toujours des répercussions familiales, il faut savoir proposer périodiquement des entretiens de couple ou de famille. Les entretiens de suivi auront une fréquence liée au caractère préoccupant de la situation et à la demande du patient : initialement au bout de 7 à 14 jours, puis en s'éspaçant.

### **SAVOIR S'ENTOURER : LES GROUPES D'ENTRAIDE**

Les groupes d'entraide sont très précieux dans l'accompagnement psychosocial à moyen et à long termes des patients alcoolodépendants engagés dans un projet d'abstinence. La Société Française d'Alcoolologie, dans ses recommandations de consensus, dès 1999 et 2001, considère les groupes d'entraide comme partenaires des soignants. Dans son plan de soins, le praticien devra toujours y penser et veiller à présenter ces associations à son patient, dès que possible. Pour le patient, franchir le pas du local de ces réunions est parfois très difficile; sachons l'y encourager. En Belgique les deux groupes d'entraide principaux sont AA - <https://alcooliquestanonymes.be/> - et « Vie Libre » - [www.vie-libre.be](http://www.vie-libre.be) .

### **SAVOIR S'ENTOURER : RÉFÉRER SON PATIENT À UN(E) PSYCHOTHÉRAPEUTE. QUELLE PSYCHOTHÉRAPIE ?**

#### **ATTEINTES NEUROPSYCHOLOGIQUES**

Aujourd'hui, les atteintes cérébrales et neuropsychologiques consécutives à la prise chronique d'alcool sont bien connues. Des études ont, en effet, démontré que l'alcoolodépendance entraîne des atteintes au niveau cérébral. Nous pouvons en retrouver tant au niveau structural que fonctionnel. Cela touche particulièrement le lobe frontal, le cervelet et le corps calleux (1). Ces atteintes entraînent des déficits aux niveaux de la mémoire épisodique, des capacités psychomotrices, des fonctions exécutives et des capacités visuospatiales.

Au niveau exécutif, nous pourrions rencontrer des problèmes de ralentissement idéomoteur dans les tâches de contrôle attentionnel, des altérations de flexibilité, d'inhibition, de planification, de manipulation en mémoire de travail, de conceptualisation, des difficultés également pour inhiber des informations non pertinentes ainsi que des problèmes pour sélectionner les informations pertinentes (1, 2). Nous retrouvons également des altérations dans les capacités de prise de décisions, ce qui peut poser problème lors du travail thérapeutique.

Lors des différentes étapes du travail thérapeutique (précontemplation, contemplation, préparation, action), nous pouvons rencontrer plusieurs freins et les atteintes cérébrales peuvent en faire partie. Par exemple, lorsque le patient se trouve au stade de précontemplation, la mémoire épisodique sera importante pour pouvoir aborder les contextes de consommation, s'en rappeler, amener des informations sur ceux-ci ; lors du stade de contemplation, les fonctions exécutives vont être sollicitées pour être attentif aux points négatifs des consommations et, pendant la phase d'action, ce sera la prise de décision qui sera essentielle pour passer à la phase de concrétisation des changements (3). Avec la collaboration d'un neuropsychologue, il nous sera plus facile d'anticiper ou de pallier certaines difficultés rencontrées. Il existe, effectivement, une récupération potentielle des atteintes cérébrales, mais qui peut varier selon la durée de l'abstinence du patient, la fonction cognitive considérée, la sévérité du tableau initial, l'âge de la personne, la quantité d'alcool ingérée les 6 derniers mois ainsi que la consommation intermittente de l'alcool. Il est donc indispensable, lors de la prise en charge

d'un patient alcoolodépendant, de considérer les atteintes cérébrales et neuropsychologiques si on veut lui apporter la meilleure aide possible.

### **PRISE EN CHARGE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE DES PERSONNES AYANT UN PROBLÈME D'ALCOOL**

La complexité de cette problématique et l'ambivalence souvent présentée face aux soins nécessitent une prise en charge psychothérapeutique spécialisée aux troubles liés aux consommations d'alcool. Différentes modalités de suivi sont envisageables et complémentaires : le suivi individuel, les groupes de parole supervisés par un psychologue, les thérapies de couple et de famille. L'entourage du patient peut également être inclus ponctuellement au suivi du patient, sans nécessairement réaliser de thérapie de couple ou de famille. Le principal axe de travail reste, toutefois, le travail individuel avec la personne qui présente un problème de consommation (4). La fréquence du suivi dépendra de plusieurs facteurs (besoins du patient, stade de changement acquis, expériences antérieures, motivation, connaissance du fonctionnement des dépendances, etc.). Des remboursements partiels peuvent être obtenus via l'assurance complémentaire de la mutuelle.

Avant d'entamer un travail psychothérapeutique permettant de développer les compétences émotionnelles du patient (souvent auto-régulées par les psychotropes), le psychothérapeute devra développer la motivation au changement, en identifiant le stade de changement auquel il se trouve, via des techniques d'entretien motivationnel, efficaces dans ce type de problématique (5). Le praticien veillera toujours à adopter des attitudes thérapeutiques de qualité (authenticité/congruence, empathie, considération positive inconditionnelle) (6). Il orientera toujours son travail en fonction des besoins et des objectifs du patient, qu'il souhaite devenir abstinent ou simplement se modérer.

Lorsque le patient se trouve dans un stade de précontemplation, il ne perçoit pas son problème et est envoyé en consultation par une personne extérieure. A ce moment-là, le psychothérapeute va simplement lui amener les informations générales et questionner sa connaissance pour faire apparaître un doute. Lorsqu'il atteint le stade de contemplation, il reconnaît avoir un problème, mais ne se sent pas prêt à changer. On peut, à ce moment-là, explorer l'ambivalence et renforcer la divergence perçue entre le comportement actuel et les valeurs du patient. Quand il a atteint le stade de préparation, le patient se

prépare à changer, il en prend la décision. Le rôle du thérapeute sera, alors, de proposer des stratégies de changement et de développer son sentiment d'efficacité personnelle. Au stade de l'action, le patient commence à appliquer des techniques pour changer. Le psychothérapeute va l'aider à se focaliser sur le positif, renforcer le patient et lui apprendre à s'auto-renforcer. Lors du maintien, le patient va consolider son nouveau comportement en anticipant les situations à risque. La rechute (qui fait davantage office de règle plutôt que d'exception) signifie le retour à un stade antérieur. Le professionnel va alors dédramatiser, déculpabiliser et analyser la rechute et sa fonction avec le patient (7).

### **QUAND LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE DOIT-IL PROPOSER UNE HOSPITALISATION ET QU'ATTENDRE DE CELLE-CI ?**

L'hospitalisation sera envisagée dans diverses situations cliniques : certains sevrages, une mise au point de certaines comorbidités psychiatriques (dépression sévère, trouble bipolaire), l'apparition d'un risque suicidaire dans le décours clinique, une situation psychosociale inextricable, la demande d'un patient.

Le sevrage ? La Société Française d'Alcoologie précise que «le sevrage ambulatoire est à privilégier en dehors des indications de sevrage résidentiel». Dans 80 à 90 % des cas, le sevrage pourrait donc se faire à la maison. L'hôpital est formellement indiqué en cas d'antécédents de crises comitiales ou de *delirium*, de comorbidités sévères tant somatiques (par exemple, une cirrhose) que psychiques (par exemple, une agitation psychomotrice prévisible), de dépendance préoccupante et concomitante aux benzodiazépines, chez la femme enceinte et le senior très âgé, en cas d'échec itératif de sevrages ambulatoires.

En cas de certaines comorbidités psychiatriques, une hospitalisation peut s'avérer très précieuse. Un patient avec trouble bipolaire instable et atteint d'un trouble de l'usage de l'alcool (TUA) avec dépendance devra bénéficier d'une mise au point diagnostique et thérapeutique de ce trouble bipolaire avant d'envisager de traiter avec succès son TUA.

Dans le décours d'une évolution clinique il n'est pas exceptionnel qu'un patient atteint d'un TUA exprime des idées suicidaires, parfois liées à un état dépressif, mais plus souvent en relation avec les conséquences socio-familiales sévères de ce TUA : séparation inopinée, perte

d'un emploi, image désastreuse de soi. Le passage à l'acte se fera, le plus souvent, dans un état de désinhibition bien alcoolisé et imprévisible. Il s'agira, pour le praticien, d'évaluer si son patient a donc des « idées » suicidaires ou un « projet » suicidaire élaboré. Une mise à l'abri à l'hôpital du patient doit être envisagée, du moins s'il y a projet factuel. S'il s'agit d'une personne porteuse d'une arme, il faut s'enquérir de comment éloigner cette arme.

Les attentes du praticien vis-à-vis de l'hospitalisation seront donc variées : il s'agit parfois d'assurer un sevrage en toute sécurité, parfois d'obtenir une mise au point diagnostique ou thérapeutique d'une comorbidité psychiatrique majeure, permettant alors la poursuite de la prise en charge du TUA, parfois d'assurer la prévention du suicide, parfois de faire bénéficier le patient d'une « cure » de revalidation psychosociale. L'attente du praticien est aussi d'avoir un retour de ce travail clinique hospitalier par ses confrères hospitaliers !

## CONCLUSION

Prendre en charge les patients avec mésusage d'alcool avec dépendance en médecine générale peut s'avérer une pratique gratifiante et permettra de réduire le « treatment gap ». Cette prise en charge repose sur une approche motivationnelle, une réelle empathie et l'apprentissage de nouvelles stratégies visant à pérenniser l'abstinence, qui reste souvent le maître-conseil en cas de dépendance. Les programmes de consommation modérée ont dorénavant aussi une place dans nos propositions thérapeutiques en cas de mésusage d'alcool. Une prise en charge pluridisciplinaire est recommandée ainsi qu'un travail en réseau : les psychologues et les psychiatres trouvent ici toute leur place.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Ritz L, Pitel AL, Beaunieux H, et al.— Alcoolodépendance : atteintes cérébrales et neuropsychologiques. *Entretiens d'orthophonie*, 2013, 137-147.
2. Beaunieux H.— Les atteintes cérébrales et les déficits neuropsychologiques dans les troubles liés à la consommation d'alcool (Résumé). *European Psychiatry*, 2014, **29** (hors série), 534. En ligne, DOI: 10.1016/j.eurpsy.2014.09.395
3. Miller WR, Rollnick S, Michaud P, et al.— *L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement*. InterÉditions, Paris, 2013.
4. Rossier V, Zimmermann G, Besson J.— La place de la psychothérapie dans les soins aux personnes toxicodépendantes, *MédHyg*, 2009, **29**, 91-99.
5. Carruzzo E, Zimmermann G, Zufferey C, et al.— L'entretien motivationnel, une nouvelle « panacée » dans la prise en charge de patients toxicodépendants ? Une revue de littérature. *Pratiques psychologiques*, 2009, **15**, 405-413.
6. Rogers CR.— *Patient-centered therapy*. Houghton-Mifflin, Boston, 1951.
7. Cungi C, Nicole S.— *Faire face aux dépendances. Alcool, tabac, drogues, jeux, Internet,...* Retz, Paris, 2014.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr Dor B, Médecin généraliste, Alcoologie, rue Belvaux 57, 4030 Liège, Belgique.  
Email : docteur@bdor.be