

L'INTERVENTION BRÈVE POUR DES PATIENTS AVEC UNE CONSOMMATION D'ALCOOL À PROBLÈME

Deuxième édition révisée et élargie

Un guide pour les médecins et autres
professionnels de premier recours


EMH Media
SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG
EDITIONS MEDICALES SUISSES

Conception et rédaction:
Pierre Loeb, Beat Stoll, Barbara Weil

FMH • OFSP • PRATICIEN ADDICTION SUISSE
ADDICTION SUISSE • INFODROG • CMPR • ASMPP

*«Si tu te mets à la place de l'autre,
où l'autre peut-il se mettre?»*

J.-P. Sartre

Illustrations: ANNA Hartmann, Bâle

Réalisation: Satzart AG, Berne

Production: Schwabe AG, Muttenz/Bâle

Pour simplifier la lecture du texte de ce manuel,
nous avons choisi de n'utiliser que la forme masculine.

© 2014 chez les auteurs
ISBN 978-3-03754-082-4

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	4
INTRODUCTION	5
ANALYSE CRITIQUE DE LA LITTÉRATURE DEPUIS LA PARUTION DE LA PREMIÈRE ÉDITION	8
COMMENT UTILISER CE GUIDE	10
ABORDER LE SUJET DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL ET INTERVENTION BRÈVE	11
A. PARTIE PRATIQUE: APPRENTISSAGE PROGRESSIF DE L'INTERVENTION BRÈVE	13
Étape 1: Ouvrir le dialogue	14
Étape 2: Établir le diagnostic	15
Étape 3: Informer le patient	17
Étape 4: Tester la motivation	18
Étape 5: Motiver le patient	19
Étape 6: Fixer les objectifs	20
Étape 7: La maîtrise de l'intervention brève	21
B. PARTIE EXPLICATIVE: ÉTAPES COMMENTÉES	22
Ouvrir le dialogue	24
Poser le diagnostic	25
Informer le patient	27
Tester la motivation	29
Motiver le patient	30
Traitement médicamenteux de soutien	32
Fixer les objectifs	34
La maîtrise de l'intervention brève	35
BIBLIOGRAPHIE: POUR EN SAVOIR PLUS	36
AUTEURS ET COÉDITEURS	43

AVANT-PROPOS

Nous nous réjouissons que ce guide pratique, publié il y a une dizaine d'années dans le cadre du programme suisse «Alcool, ça débouche sur quoi?», vienne d'être réédité. Nous saluons la sortie de cette deuxième édition car maintenir l'intérêt des spécialistes éveillés et leur communiquer les plus récentes connaissances en la matière nous semble indispensable. Il faut attirer encore davantage l'attention sur les problèmes de santé liés à la consommation d'alcool.

Les habitudes de consommation d'alcool n'ont que peu changé dans les pays industrialisés tout comme les définitions associées. Or, il est impossible de résumer la consommation de boissons alcoolisées aux deux termes «consommation d'alcool normale» et «alcoolisme». Il s'agit au contraire d'étudier attentivement les différents schémas et les risques pour la santé – faibles, modérés ou élevés – qui y sont associés, à observer s'il s'agit d'excès ponctuels ou de consommation d'alcool hors du cadre social normal, pour cibler les interventions en fonction. Le spécialiste exprime ainsi son approche différenciée des problèmes liés à la consommation d'alcool, ce qui permet de mieux déterminer les stratégies de prévention de premier, deuxième et troisième niveau et de mieux les adapter aux groupes cibles concernés.

Aujourd'hui, il ne s'agit plus pour les professionnels des domaines sanitaires et sociaux d'apprécier la probabilité d'une addiction à l'alcool de leur interlocuteur (ce qui a en outre souvent un caractère paralysant, puisque des solutions «simples» sont plutôt rares); ils sont plutôt invités à s'intéresser à la consommation d'alcool en général de leur vis-à-vis et de réfléchir ainsi ensemble sur les conséquences de cette consommation sur la vie quotidienne et la santé. Il en résulte ainsi une opportunité pour aborder le thème de l'alcool par rapport à son impact sur la santé.

Nous savons tous parfaitement qu'il peut s'avérer difficile, dans le cadre d'une consultation médicale, de briser le silence. Des spécialistes ont inventé des outils mnémotechniques sous forme d'acronymes, je me permets donc aussi d'en proposer un – DIRE:

Dialoguer: chercher le dialogue avec son interlocuteur;
Impliquer: impliquer son interlocuteur, lui donner la possibilité de s'exprimer;
Réfléchir: réfléchir ensemble sur la consommation d'alcool;
Encourager: encourager à changer, étape par étape, à son rythme.

Nous, les professionnels des domaines sanitaires et sociaux, en tant qu'intervenants dans la prévention primaire et secondaire, avons le devoir de mettre des mots sur les malaises de notre société, sur les maladies et sur les comportements à risque de la population qui en résultent. Dans ce cadre, l'intervention brève est un outil simple, efficace et efficient, pouvant être mis en œuvre au quotidien. Dix ans après la première édition, les preuves scientifiques de l'efficacité de cette intervention ont à nouveau considérablement augmenté, comme il ressort clairement de la bibliographie, délibérément très concise, à la fin de ce guide. A noter aussi les nouveaux traitements médicamenteux dont disposent maintenant les médecins de premiers recours et qui semblent très prometteurs.

Dans son rôle de transmetteur de connaissances, «Addiction Suisse» a tout intérêt à continuer à faire connaître l'intervention brève et à s'investir dans son implantation, d'une part, au moyen de la promotion directe de ce guide et, d'autre part, par ses contacts en politique, mais aussi par ses propres contributions sous la forme des conférences pour des spécialistes et, pourquoi pas, dans l'accompagnement de nouveaux cycles de formation continue à venir en collaboration avec les groupes spécialisés correspondants.

Nous vous souhaitons beaucoup de succès et de satisfaction professionnelle dans le cadre de la mise en pratique de l'intervention brève au sein de votre cabinet.

Michel Graf
Directeur de l'Addiction Suisse (jusqu'en juillet 2014)
<http://www.addictionsuisse.ch>

INTRODUCTION

L'objectif de ce guide est d'aider les soignants à aborder le sujet très délicat de la prise en charge de patients qui présentent des problèmes liés à leur consommation d'alcool. C'est justement dans le cadre de la relation privilégiée entre le médecin traitant et le patient que des outils relativement simples permettent au médecin de déceler chez un patient une consommation d'alcool à risque, de l'aborder avec lui voire de lui apporter des conseils à ce sujet. Il s'agit d'un problème notoire et les études récentes [1] ne font que confirmer ce que l'on sait déjà depuis longtemps: une personne sur dix consomme de l'alcool tous les jours. Les hommes plus souvent que les femmes, l'âge est un facteur d'augmentation de la consommation (avec un maximum vers 74 ans). Les adolescents et les jeunes adultes, en revanche, boivent surtout le week-end, mais alors en plus grandes quantités. Au total, 20 à 25 pour cent de la population se mettent en danger de par leur consommation d'alcool.

Environ 80 pour cent de ces consommateurs excessifs consultent au moins une fois par an un médecin. C'est donc au sein d'un cabinet médical qu'un grand nombre de ces buveurs excessifs peut être approché. Le contexte est

idéal pour les médecins de faire de la prévention contre des problèmes liés à une consommation d'alcool excessive. Or, l'expérience nous montre que les médecins n'assument pas encore suffisamment ce rôle de prévention et d'action en faveur de la santé qui devrait pourtant faire partie de leur tâche [2]. On l'explique souvent par un manque de formation. Mais il s'agit aussi du fait que le médecin traitant se sent impuissant et pense n'avoir aucune aide à proposer. En face d'un alcoolique chronique, il peut même craindre un impact négatif sur sa relation avec ce patient voire pire, que celui-ci change de médecin s'il s'entend proposer une cure de désintoxication à demeure dans un centre spécialisé. Oublions les conseils de mieux maîtriser la consommation d'alcool auxquels ni l'un ni l'autre tient – d'autant plus que le médecin devrait s'interroger alors sur ces propres habitudes en matière de boissons alcoolisées – ce guide se veut une alternative. D'autres formes de formation continue et de perfectionnement, des ateliers interactifs d'une demi-journée, des séminaires de courte durée, mais répartis sur plusieurs soirées ou encore des ateliers en marge d'un congrès permettent de discuter les techniques d'entretien et de s'y exercer de manière intensive.

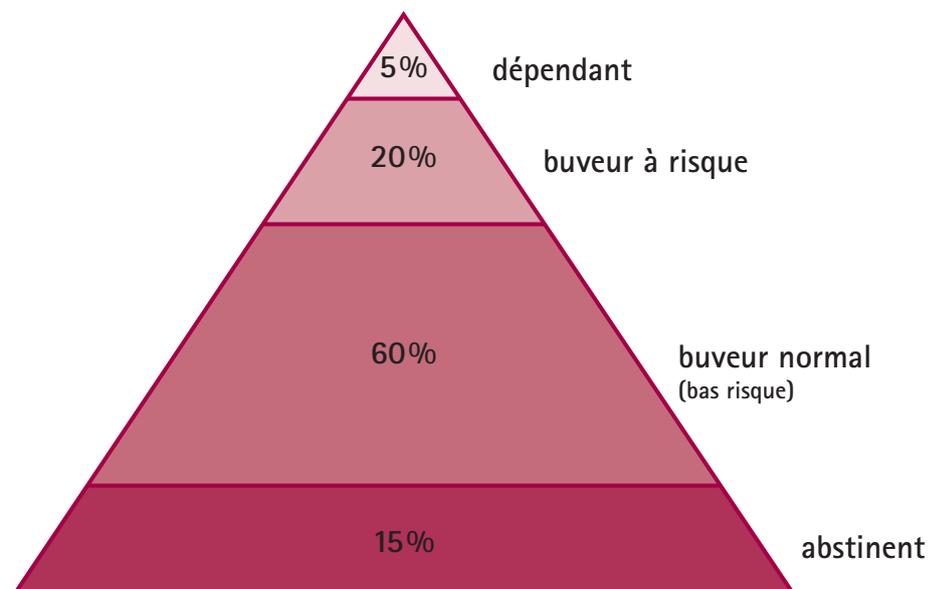


Fig. 1: La pyramide de Skinner schématisant la répartition des modes de consommation d'alcool et leurs conséquences. Les chiffres en pour cent reflètent approximativement la situation rencontrée dans les pays occidentaux.

Les objectifs sont les suivants:

- 1) définir les notions de consommation d'alcool à risque et de consommation d'alcool chronique,
- 2) sensibiliser aux possibilités de les reconnaître et de les nuancer par le biais de plusieurs outils éprouvés,
- 3) motiver à apporter des conseils sous forme d'interventions brèves en vue d'induire un changement du comportement de consommation et
- 4) offrir au médecin un moyen d'auto-évaluation dans son cabinet.

De tels ateliers avaient déjà vu le jour dans le cadre du programme suisse de prévention des problèmes liés à l'alcool «Ça débouche sur quoi?» en 2000. La phase test avait permis de mettre au point la méthodologie puis de créer une équipe grandissante de formateurs, qui était composée en majorité de médecins généralistes et de médecins rattachés à un centre d'alcoologie. Durant les quatre années qu'avait duré le projet «Médecins» soutenu par l'OFSP, ces formations ont fait l'objet en continu d'une diffusion et d'une intégration progressive dans les trois régions linguistiques, dont certaines pérennisent désormais l'offre de séminaires et de conférences pour leur propre compte.

A cette époque déjà, il nous a paru que la mise à disposition d'un ouvrage facile à lire aux personnes intéressées, en complément des formations et programmes de sensibilisation était autant nécessaire qu'utile. Nous avons conçu ce guide en première ligne pour les médecins, qu'ils soient médecins généralistes ou spécialistes (médecins du travail, médecins militaires, médecins scolaires, dentistes, gynécologues, médecins du sport, etc.). Nous espérons néanmoins qu'il attirera également l'attention de tous les autres professionnels des domaines social et sanitaire qui, de par leur travail, sont confrontés à des buveurs à risque et des buveurs chroniques: assistants sociaux, infirmiers, pharmaciens, physiothérapeutes et psychologues. Les critiques peuvent certes estimer que le potentiel d'une intervention brève soit trop modeste. N'oublions pas, toutefois, qu'un effet même dérisoire, mais appliqué à une large population peut finir par aboutir à un résultat significatif («Community Effectiveness» ou «efficacité communautaire»).

Ce qui a changé les derniers dix ans

La première édition de cette brochure est parue en 2004 dans le cadre du programme suisse «Ça débouche sur quoi?». Qu'est-ce qui a changé ces dix dernières années?

Qu'est-ce qui nous a incité à sortir justement maintenant une deuxième édition élargie? La première édition s'était concentrée sur le dépistage de la *consommation à risque*, qui n'était pas perçue, de prime abord, comme pathologique ou excessive et qui ne pouvait être détectée que par une approche directe et à l'aide d'une comparaison claire et chiffrée pour mieux cerner le «trop, c'est combien?». Les interventions brèves proposées n'ont pas seulement permis aux médecins traitants d'apprendre une meilleure technique de sélection et de dépistage, mais elles leur ont également fourni une nouvelle possibilité d'ouvrir le dialogue avec le patient et d'initier déjà les premières étapes du traitement. Or, ce concept thérapeutique excluait les patients présentant une addiction chronique à l'alcool pour lesquels seul le sevrage suivi d'une abstinence totale était envisageable.

Aller de l'abstinence absolue vers la réduction du risque

Les progrès en matière de possibilités thérapeutiques ouvrent désormais de nouvelles perspectives. Le concept thérapeutique de l'aversion, consistant à «déguster de la boisson» par le biais du disulfirame, a cédé la place à de nouveaux groupes de substances tels que les modulateurs du système opioïde par voie orale par exemple, qui visent principalement à réduire l'envie de boire. Cette approche thérapeutique permet de favoriser l'option d'une réduction des risques («harm reduction») au lieu de considérer l'abstinence comme seul traitement possible. En effet, certains alcooliques acceptent davantage d'essayer de réduire leur consommation que de devoir envisager l'abstinence totale. Le médecin bénéficie, grâce à cet éventail plus large d'options thérapeutiques, de nouvelles possibilités d'aider ses patients alcooliques. L'approche des interventions brèves gagne ainsi encore en importance, puisque le traitement médicamenteux adapté au patient *doit* impérativement s'accompagner d'un dialogue qui motive le patient et favorise son adhésion si l'on veut obtenir un succès. C'est une des raisons pour lesquelles, suite à l'introduction sur le marché des modulateurs de récepteurs opioïdes per os en 2014, l'ouvrage «Les interventions brèves pour les consommateurs d'alcool à risque» fait l'objet d'une réédition pour apporter une aide aux médecins prescripteurs. La récente littérature en témoigne également (voir le chapitre suivant du Professeur A. Kiss ainsi que la troisième partie de ce guide «Bibliographie – pour en savoir plus»).

Nous pouvons supposer que ces nouvelles possibilités thérapeutiques pourront, dans certains cas, servir d'étape intermédiaire pour favoriser la décision ultérieure d'abstinence – un nouveau champ de recherche.

L'approche décrite ici devra instaurer un environnement thérapeutique favorable de sorte que le patient puisse lui-même prendre sa santé en charge. S'il souhaite changer de comportement, le médecin devra alors l'aider par tous les moyens dont il dispose. Toutefois, même un patient résistant mérite du respect et son type de comportement doit être accepté, comme le montre la «méthode d'entretien motivationnel». C'est justement ainsi que le médecin arrive à créer le cadre nécessaire pour permettre au patient d'aborder des conflits et des difficultés lors d'une consultation médicale. Le respect mutuel entre le médecin et son patient conduit ainsi, dans le domaine délicat du traitement de l'addiction, plus facilement à une volonté de dialogue satisfaisante, susceptible de mener au succès et d'entraîner, en fin de compte, un changement de comportement.

Les objectifs de ce guide d'auto-apprentissage sont multiples: servir de rappel et de support aux médecins ayant déjà suivi une formation continue en la matière; initier et sensibiliser ceux qui ne s'y sont pas encore formés mais qui souhaitent avoir recours à ces nouveaux traitements médicamenteux et ont besoin du savoir et des connaissances pour les adapter au patient; encourager la mise en œuvre des techniques de dépistage et des interventions brèves ainsi que servir de source d'informations pour ceux qui veulent en savoir plus en général.

L'approche de l'intervention brève lors de la prévention de consommation d'alcool à risque doit tout à fait être considérée comme un module clé parmi d'autres compétences de conseil, à l'instar de celles qui sont indiquées et mises en œuvre dans le cadre du coaching santé [3] pour le tabagisme, le stress, l'alimentation, l'activité physique et d'autres domaines de prévention ou d'autres formes de prise en charge de patients.

Nous vous souhaitons beaucoup de plaisir à la lecture et à la mise en pratique de ce guide.

Dr méd. Pierre Loeb

*Généraliste, Médecine générale FMH et président sortant de l'Académie suisse pour la médecine psychosomatique et psychosociale (ASMPP)
Motivational Interviewing Trainer
(formateur à l'entretien motivationnel)*

Dr méd. Beat Stoll, MPH

*Ancien chef du projet «Médecins» de
«Ça débouche sur quoi?»
Institut de Santé Globale
Université de Genève*

Barbara Weil

*Ancienne coordinatrice du projet «Médecins» de
«Ça débouche sur quoi?»
Responsable du département Promotion de la santé et
de la prévention de FMH
notamment en matière de Mental Health (prévention
du suicide), addiction (alcool, drogues, maladies trans-
missibles et maladies chroniques, non transmissibles)*

[1] Monitoring des addictions 2012, OFSP (voir le chapitre suivant)

[2] Art. 19 du Code de déontologie médicale.

[3] Voir Comportement en matière de santé amélioré grâce aux interventions brèves menées lors de la consultation médicale: projet «Coaching-Santé». Neuner-Jehle, S., Schmid, M., Grüniger, U. (2014). PRAXIS 103(5): 1-7, <http://www.gesundheitscoaching-khm.ch/> (voir aussi la bibliographie).

ANALYSE CRITIQUE DE LA LITTÉRATURE DEPUIS LA PARUTION DE LA PREMIÈRE ÉDITION

Le guide auto-didactique traitant des interventions brèves pour des consommateurs d'alcool à risque et destiné aux médecins de premier recours a été publié il y a dix ans. Or, le besoin de telles interventions n'a nullement faibli. Selon le rapport 2012 du Monitoring des addictions, près d'un million de personnes en Suisse présentent une «consommation problématique de l'alcool» (Gmel et al. 2012).

Dans le cadre d'une réédition, certaines questions paraissent légitimes:

1. Quelle est l'efficacité des interventions brèves dans la médecine de premier recours pour diminuer la consommation d'alcool des patients?
2. Ces interventions, sont-elles efficaces en termes de coûts?
3. Existe-t-il des recommandations pour des interventions de conseil par le médecin généraliste après le dépistage d'une consommation d'alcool à risque?
4. Comment les interventions brèves sont-elles implémentées dans la médecine de premier recours en Europe?
5. Est-ce que les interventions brèves visant à réduire la consommation d'alcool aboutissent vraiment aux résultats souhaités?
6. Abstinence ou réduction des risques («*harm reduction*»)?
7. Est-ce que l'association d'interventions brèves et de médicaments pour réduire les risques s'avère judicieuse?

1. Quelle est l'efficacité des interventions brèves dans la médecine de premier recours pour diminuer la consommation d'alcool des patients?

Une revue systématique et une méta-analyse ont amené Bertholet et al. (2005) à la conclusion que, dans la médecine de premier recours, des interventions brèves ont montré leur efficacité aussi bien chez les hommes que chez les femmes en termes de réduction de la consommation d'alcool après 6 mois et 12 mois. Ces résultats ont été confirmés dans une seconde revue systématique quatre ans plus tard (Kaner 2009). Après avoir passé 24 articles de synthèse en revue de façon systématique, O'Donnell et al. (2014) sont parvenus à la conclusion que des interventions brèves par les médecins généralistes étaient efficaces chez des consommateurs d'alcool à risque, notamment chez les hommes d'âge moyen. Toutefois, cette deuxième étude ne fournit aucune preuve pour les femmes, les hommes jeunes ou âgés ou encore les migrants.

Une nouvelle étude randomisée menée dans les cabinets médicaux n'a pas permis de démontrer un effet supplé-

mentaire apporté par une intervention brève par rapport à une information écrite à destination des patients (Kaner et al. 2013). Par la suite, Kaner s'interroge dans un éditorial si un simple dépistage et la remise d'informations écrites ne suffiraient pas pour la plupart des patients (Murray 2013).

2. Ces interventions, sont-elles efficaces en termes de coûts?

Les programmes associant le dépistage et des interventions brèves pour l'alcool semblent efficaces en termes de coûts (Angus et al. 2014).

3. Existe-t-il des recommandations pour des interventions de conseil par le médecin généraliste après le dépistage d'une consommation d'alcool à risque?

La US Preventive Services Task Force préconise le dépistage des abus d'alcool dès l'âge de 18 ans et recommande les interventions brèves chez les personnes présentant une consommation d'alcool à risque visant à réduire cette consommation. Task Force ne donne actuellement aucune recommandation concernant le dépistage auprès des adolescents ou les interventions brèves dans la médecine de premier recours.

4. Comment les interventions brèves sont-elles implémentées dans la médecine de premier recours en Europe?

De nombreux Européens ont participé au Projet collaboratif de l'OMS sur la détection et la gestion de problèmes liés à la consommation d'alcool dans la médecine de premier recours (1982–2006). De tels projets sont actuellement soutenus par l'Union européenne (Projet européen sur l'alcool et la médecine générale) et de nombreux pays européens ont intégré les interventions brèves dans la médecine de premier recours dans leur politique nationale de la santé (Heather 2011).

5. Est-ce que les interventions brèves visant à réduire la consommation d'alcool aboutissent vraiment aux résultats souhaités?

Bertholet et al. (2013) ont analysé plus de 300 interventions brèves enregistrées sur un support audio. Les éléments de l'entretien motivationnel, considérés comme fondamentaux pour une intervention brève efficace, n'avaient aucune incidence pour la consommation d'alcool 3 ou 6 mois plus tard. Or, puisque les interventions brèves s'avèrent efficaces, on peut se demander si d'autres caractéristiques que celles supposées jusqu'à présent ne

sont pas responsables du succès ou de l'échec. Il a ainsi été démontré chez les patients suisses que le conseil – bien qu'il ne fasse pas partie de l'entretien motivationnel – est associé à une moindre consommation d'alcool après 6 mois. La recherche sur les processus, négligée jusqu'à présent, aura à l'avenir une grande influence sur le contenu et la forme des formations aux interventions brèves relatives à l'alcool (Heather 2014).

6. Abstinence ou réduction des risques («harm reduction») ?

Même si l'abstinence reste le but final, la réduction des risques sous la forme d'une réduction des quantités d'alcool, d'une part, et du nombre de jours avec une consommation d'alcool excessive, d'autre part, représente aujourd'hui un objectif (intermédiaire) reconnu et donc aussi un critère d'évaluation principal («primary endpoint») pour les interventions (EMA 2010).

7. Est-ce que l'association d'interventions brèves et de médicaments pour réduire les risques s'avère judicieuse ?

Nos connaissances en ce domaine sont encore très limitées. Jusqu'ici, l'autorisation de mise sur le marché du nalméfène (Selincro®), qui vise uniquement à réduire les quantités d'alcool consommées et le nombre de jours de consommation excessive, était assortie par l'Agence européenne des médicaments (European Medicines Agency) de l'obligation d'accompagner sa prescription d'un soutien psycho-social (conseil) et de le réserver aux patients qui ne présentent ni des symptômes physiques de sevrage ni un besoin immédiat de désintoxication («It should only be used together with psychosocial support [counselling] and only in people who do not have physical withdrawal symptoms and who do not require immediate detoxification») (EMA 2013). Mais il n'existe encore que très peu d'études scientifiques qui ont examiné l'association de ces deux facteurs en détail. Les rares travaux publiés à ce sujet ont déclenché des discussions controversées quant à leur valeur et leur pertinence clinique. Or, c'est moins l'efficacité des interventions brèves qui est remise en question que la mise au point des indications pour ce nouveau groupe de médicaments (Braillon 2014, Spence 2014, van den Brink 2014).

En résumé, l'intervention brève, même si elle n'est pas toujours définie avec précision, a pu confirmer son applicabilité dans la médecine de premier recours. Il est évident qu'elle va se développer, de même que la

parution de documentations imprimées et des recommandations précises. Avec l'arrivée de nouveaux groupes de médicaments, leur association avec les interventions brèves trouvera sa place dans la pratique. Ce sera donc bénéfique pour tout un chacun de faire ses propres expériences tout en restant ouvert aux réflexions critiques.

Prof. Dr Alexander Kiss

Universitätsspital Basel

Psychosomatik

Hebelstrasse 2

CH-4031 Bâle

Adresse électronique: akiss@uhbs.ch

Site Internet: www.psychosomatik-basel.ch

- Angus C., Scafato E., Ghirini S., Torbica A., Ferre F., Struzzo P., et al. Cost-effectiveness of a programme of screening and brief interventions for alcohol in primary care in Italy. *BMC Fam Pract* 2014; 15(1): 26.
- Bertholet N., Daeppen J. B., Wietlisbach V., Fleming M., Burnand B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med* 2005; 165(9): 986–95.
- Bertholet N., Palfai T., Gaume J., Daeppen J. B., Saitz R. Do Brief Alcohol Motivational Interventions Work Like We Think They Do? *Alcohol Clin Exp Res* 2013.
- Braillon A. Nalmefene in alcohol misuse: junk evaluation by the European Medicines Agency. *BMJ* 2014; 348: g2017.
- EMA. Guideline on the development of medicinal products for the treatment of alcohol dependence. European Medicines Agency, 2010. http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2010/03/WC500074898.pdf (accessed March 14, 2014)
- EMA. Selincro (nalmefene). EPAR summary for the public. European Medicines Agency, 2013. http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Summary_for_the_public/human/002583/WC500140303.pdf (accessed March 14, 2014)
- Gmel G., Kuendig H., Notari L., Gmel C., Flury R. (2013). Suchtmonitoring Schweiz – Konsum von Alkohol in der Schweiz im Jahr 2012. *Sucht Schweiz, Lausanne, Schweiz*. http://www.suchtmonitoring.ch/docs/library/gmel_ewas4ahd54vo.pdf
- Heather N. Developing, evaluating and implementing alcohol brief interventions in Europe. *Drug Alcohol Rev* 2011; 30(2): 138–47.
- Heather N. Toward an Understanding of the Effective Mechanisms of Alcohol Brief Interventions. *Alcohol Clin Exp Res* 2014.
- Kaner E. F. S., Dickinson H. O., Beyer F., Pienaar E., Schlesinger C., Campbell F., Saunders J. B., Burnand B., Heather N. The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: A systematic review. *Drug and Alcohol Review* 2009; 28: 301–323. DOI: 10.1111/j.1465-3362.2009.00071.x
- Kaner E., Bland M., Cassidy P., Coulton S., Dale V., Deluca P., et al. Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMI* 2013; 346: e8501.
- Murray E. Screening and brief intervention for alcohol use disorders in primary care. *BMJ* 2013; 346: e8706.
- O'Donnell A., Anderson P., Newbury-Birch D., Schulte B., Schmidt C., Reimer J., et al. The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol Alcohol* 2014; 49(1): 66–78.
- Spence D. Bad medicine: nalmefene in alcohol misuse. *BMJ* 2014; 348: g1531.
- Van den Brink W. Nalmefene as-needed is a new, effective medication for reduced drinking in patients with alcohol dependence: a response to Spence and Braillon. *BMJ* 2014; 348: g2017

COMMENT UTILISER CE GUIDE

Le patient est au centre de toute la démarche. Ses attentes et ses réactions vont orienter le soignant dans ses interventions. Il s'établit une relation de partenariat dans laquelle deux personnes collaborent pour la compréhension et la résolution des difficultés de l'une d'entre elles, à savoir le patient. Le soignant assume la responsabilité et la dynamique de la relation.

Un changement de comportement ne s'opère pas d'un seul coup, c'est le résultat d'un processus évolutif! Cet ouvrage propose un apprentissage par étapes pour le dépistage et la conduite des interventions brèves chez les patients dont la consommation d'alcool est problématique pour la santé. Pour des raisons didactiques, l'intervention est divisée en six étapes suivant un ordre logique permettant toutefois d'exercer chaque étape séparément. Dans la pratique, les choses ne se passent évidemment pas de façon aussi systématique. En fonction des besoins et des attentes des patients, une ou plusieurs étapes peuvent parfois être supprimées; mais il peut s'avérer également impossible de dépasser la première étape lorsque le patient ne veut ou ne peut pas dialoguer.

Une des principales étapes consiste à oser même d'aborder la question de la consommation d'alcool d'un patient lors d'une consultation médicale. En même temps, l'*entretien motivationnel* nous apprend de respecter la volonté du patient: s'il ne veut pas en parler aujourd'hui, notre offre reste néanmoins valable. Le patient pourra la saisir lorsqu'il s'y sentira prêt. Nous ne devons pas oublier les remarques de la part de la famille, de ses amis et/ou sur son lieu de travail auxquelles le patient sera confronté et qui l'amènent finalement à consulter le médecin ou un autre professionnel. A l'inverse, le fait de «ne pas aborder la question» pourrait être interprété à tort comme une «approbation» du comportement face à l'alcool. Des études montrent que les patients sont déçus si leur médecin n'aborde pas le sujet avec eux.

Ce guide comprend trois parties. En fonction de ses intérêts, le lecteur peut facilement passer d'une partie à l'autre et déterminer sa propre progression.

PARTIE PRATIQUE:

Apprentissage progressif de l'intervention brève

Cette partie décrit de manière condensée la tâche spécifique de chaque étape de l'intervention. Des exemples pratiques expliquent les étapes. Le lecteur y trouvera également des propositions pour sa propre appréciation de la mise en pratique de ces étapes dans le cadre de son travail.

PARTIE EXPLICATIVE:

Étapes commentées

Chaque étape est ici expliquée en détail, notamment ses principes et les concepts sous-jacents. Le lecteur y trouvera des références bibliographiques et différentes approches techniques qui faciliteront l'apprentissage. Que chacun construise son approche et son style personnels, tout en ayant intégré les particularités centrales de la méthode.

BIBLIOGRAPHIE – POUR EN SAVOIR PLUS:

Informations supplémentaires

Une bibliographie commentée, en dernière partie, reprend les principaux travaux scientifiques, les commente et tente aussi de répondre aux questions critiques.

ABORDER LE SUJET DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL ET INTERVENTION BRÈVE

Quel intérêt pour la médecine générale?

Une journée typique de médecine générale:

- a. Un patient se présente au cabinet pour obtenir un certificat médical à la suite d'une grippe banale. Le médecin observe les mains qui tremblent, les doigts colorés par la nicotine, la langue chargée et le foetor éthylique. Il se sent interpellé et aborde, du mieux qu'il peut, une stratégie pour affronter le problème d'alcool qu'il pense avoir décelé.

Est-ce que le médecin doit parler à ce nouveau patient brièvement des risques généraux liés à la consommation d'alcool dans l'hypothèse que ce patient ne revienne pas de toute manière aussitôt le voir ou doit-il saisir l'occasion, et aborder le sujet d'un «check-up de santé» général afin d'avoir par la suite suffisamment de temps pour parler d'éventuels problèmes?

- b. Le patient suivant, un client de longue date, vient pour un check-up général. Il s'agit d'une personnalité locale, d'un sportif en parfaite santé, de bonne présentation et père de deux enfants inscrits au collège. L'examen ne met rien d'anormal en évidence. Le patient se comporte de manière détendue et plaisante même au cours de la consultation. Le médecin ne décèle aucune raison d'aborder le sujet de l'alcool.

Le patient quitte le cabinet soulagé. Il était inquiet parce que sa femme le mettait régulièrement en garde ces derniers temps, affirmant que boire une bouteille d'un demi-litre de vin le soir au repas pourrait être dangereux pour la santé. L'absence de commentaire du médecin le rassure. Il ne voit désormais pas de raison de changer ses habitudes de consommation et se permettra de dire à sa femme qu'elle exagère.

- c. Plus tard dans la journée, une jeune femme se présente et demande une ordonnance pour la pilule le lendemain. Le médecin aborde avec elle les questions de contraception, lui parle des maladies sexuellement transmissibles et lui recommande de prendre contact avec un gynécologue.

En fait, cette jeune femme aime sortir le week-end, et une à deux fois par mois, comme 30 pour cent de sa tranche d'âge, sa consommation d'alcool la mène jusqu'à l'état d'ivresse. C'est au cours d'une telle soirée qu'elle a perdu le contrôle de ce qui lui arrivait.

Ces exemples montrent trois façons problématiques de consommer de l'alcool et mettent bien en évidence les différences existant entre une situation de dépendance physique à l'alcool (première situation) et la consomma-

tion à risque (deuxième et troisième situations) qui est difficile à déceler si le dialogue ne s'ouvre pas sur la question de l'alcool. Les deux derniers patients mériteraient pourtant que leur médecin soit conscient du problème car une telle consommation d'alcool comporte des risques non négligeables de maladies, d'accidents, de difficultés sociales et professionnelles à moyen et à long terme.

S'intéresser aux buveurs à risque devient fondamental, car plus de 20 à 25 pour cent des patients qui consultent leur médecin sont dans une situation comparable aux deux derniers exemples. L'expérience montre que ces personnes, à risque de développer des problèmes liés à une consommation excessive d'alcool, sont beaucoup plus accessibles au conseil et au traitement que les personnes dépendantes. Encore faut-il les dépister!

Dépistage de la consommation à risque et intervention brève

Le dépistage et l'intervention font partie du même concept. Une seule question posée par le médecin ou tout autre professionnel de santé peut à la fois dépister le problème et mettre en route des mécanismes conduisant déjà à des changements de comportements. Souvent, rien ne permet d'identifier ces patients dits «à risque». C'est pourquoi il est recommandé d'aborder le sujet de la consommation d'alcool de façon systématique et avec des outils ayant fait leurs preuves.

Les premières études traitant du dépistage et du traitement par des interventions brèves des buveurs à risque datent d'une trentaine d'années. Il s'agissait de trouver des moyens les moins coûteux – en temps et en argent – pour diminuer les charges sociales et les souffrances occasionnées par l'alcool. Depuis lors, les méthodes et les outils se sont affinés; sous l'égide de l'OMS, entre autres, près de treize pays ont testé et évalué ces concepts de façon plus généralisée.

L'outil le plus prometteur actuellement pour l'identification précoce des problèmes d'alcool et des buveurs à risque est l'AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), développé en collaboration avec l'OMS, son usage a montré qu'il était déjà très efficace en utilisant seulement trois questions, voire une seule, sur les 10 questions prévues.

Une intervention brève peut prendre la forme d'une seule remarque ou d'un bref entretien de 5 à 10 minutes, répar-

ti sur trois à cinq consultations. Un certain nombre de médecins proposent aussi un entretien approfondi à la fin de leurs consultations, ce que les patients apprécient beaucoup. Il s'agit en général d'informer, de conseiller, de motiver et de soutenir le changement du comportement. Des études comparatives montrent que l'efficacité n'est pas forcément proportionnelle à la durée de l'intervention et que même des formes très réduites (quelques minutes) peuvent déjà être très efficaces. Les rappels et la prolongation de l'intervention dans le temps, en revanche, consolident et renforcent les effets positifs.

Par ailleurs, l'intervention brève peut s'adresser également aux alcoolodépendants. Dans ce cas, elle permet d'entamer le dialogue sur la consommation d'alcool, d'aborder le sujet de l'introduction d'une thérapie médicamenteuse spécifique visant à réduire l'envie de consommer de l'alcool, de faire le bilan, de préparer une consultation chez un spécialiste ou même, parfois, de faciliter la décision de suivre une cure de désintoxication.

L'efficacité des interventions brèves s'explique par le fait qu'il s'agit d'une intervention précoce et préventive.

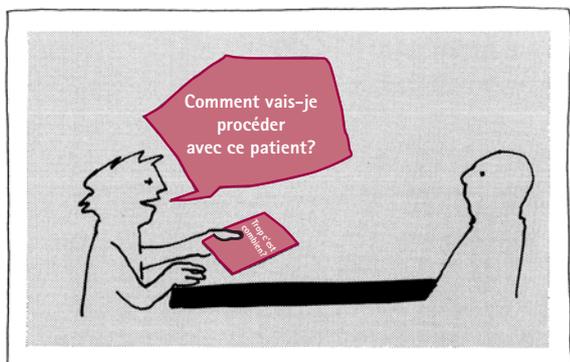
Comme nous l'avons déjà mentionné, il est certainement plus facile de changer ses habitudes de consommation d'alcool lorsqu'on n'est pas encore dépendant. Une forte proportion des consommateurs à risque décide d'ailleurs spontanément de modérer leur consommation d'alcool lorsqu'ils réalisent qu'elle pourrait leur causer des problèmes. Une intervention brève du médecin à ce moment-là peut offrir au patient une meilleure chance de changer son comportement. Il n'est pas rare, d'autre part, que certains consommateurs à risque aient été faussement rassurés (comme dans notre deuxième exemple) par le fait de ne pas avoir abordé le sujet de la consommation d'alcool.

Enfin, l'intervention brève fait partie des techniques d'entretiens motivationnels qui situent le patient au centre de la relation et qui sont conçues pour l'inciter à changer certains comportements en lui donnant de bonnes raisons de le faire et en l'encourageant à trouver en lui-même les ressources pour y arriver. Ces techniques ne sont pas spécifiques aux problèmes d'alcool et peuvent s'appliquer à toute autre question impliquant un changement comportemental.

A. PARTIE PRATIQUE: APPRENTISSAGE PROGRESSIF DE L'INTERVENTION BRÈVE

Pour des raisons didactiques, nous allons décrire l'intervention brève étape par étape allant de la forme la plus élémentaire à une forme plus complexe.

Vous pouvez tester les différentes étapes de l'intervention brève auprès de différents patients, mais également les réaliser chez le même patient en les répartissant sur des consultations successives.



Qu'en est-il dans votre consultation?

Avant de démarrer l'apprentissage lui-même, nous vous proposons un petit exercice d'observation de votre consultation. Il s'agit de noter, au cours d'une journée normale, ce que vous pensez de vos patients en termes de consommation d'alcool: selon vous, qui a sûrement, peut-être ou n'a pas de problème de consommation d'alcool à risque? Vous pouvez également comparer vos résultats (pourcentage de buveurs à risque présumés) avec le taux de 20 à 25 pour cent de consommateurs à risque estimé au sein de la population suisse.

Comment vais-je procéder avec ce patient?

Les remarques suivantes concernent toutes les interventions, quelle que soit l'étape que vous avez choisie.

PRÉPARATION MENTALE:

Avant d'entreprendre quoi que ce soit, il convient de vous préparer, de vous arrêter un bref instant sur la consultation à venir. Visualisez ce que vous souhaitez aborder avec le patient et posez-vous la question: «Comment vais-je procéder avec ce patient?»

► Exemple:

Vous ne connaissez pas la consommation à risque du patient. Vous choisissez d'être à l'écoute, attentif à toute occasion d'ouvrir le dialogue sur le sujet de la consommation d'alcool.

CHOISISSEZ LE BON MOMENT AU COURS DE LA CONSULTATION:

Il est important de choisir le bon moment pour votre intervention au cours de la consultation.

► Exemple:

Vous avez répondu à la question médicale qui avait incité le patient à venir vous voir. Vous vous entendez bien avec le patient et vous avez prévu suffisamment de temps pour cette première consultation. Le patient est rassuré sur sa santé et détendu. En évoquant ses habitudes de vie, vous posez spontanément une question ouverte sur la question de la consommation d'alcool et attendez sa réaction.

Faites votre auto-évaluation:

Après la consultation, prenez le temps de réfléchir quelques minutes à son déroulement. Vous pouvez utiliser les propositions d'auto-évaluation figurant dans ce guide.

N'oubliez pas de demander un feed-back:

Lorsque vous revoyez le patient, n'oubliez pas de lui demander à chaque fois un feed-back sur ce qui s'est passé depuis le dernier entretien. Comment le patient a-t-il perçu l'ouverture du dialogue sur la consommation d'alcool?

1

ÉTAPE 1: OUVRIR LE DIALOGUE

- Vous êtes mentalement prêt.
- Vous avez choisi le bon moment au cours de la consultation.

Nouvelle tâche:

Ouvrir le dialogue sur la consommation d'alcool.

Votre objectif:

Montrer au patient qu'il est normal et banal de parler d'alcool, que vous êtes prêt à aborder ce sujet avec lui, s'il le souhaite.

Exemple:

En mesurant la tension artérielle, vous découvrez qu'elle est trop élevée et l'indiquez au patient. Laissez au patient le temps de réagir et de s'interroger. Citez, par exemple, les différentes causes d'une tension artérielle trop élevée en nommant une consommation excessive d'alcool. Demandez au patient ce qu'il en pense.

A ce stade, vous pouvez vous contenter d'écouter la réponse du patient. Si le patient ne répond pas, n'insistez pas. Vous n'aurez ainsi pas commis d'erreur, l'essentiel étant ici de montrer au patient que vous êtes prêt à parler d'alcool, s'il le souhaite. L'erreur serait d'insister et de forcer le patient dans une direction qu'il ne souhaite pas pour l'instant.

Vous pourrez revenir sur le sujet lors d'une prochaine consultation. Il n'est pas impossible que le patient ait, entre-temps, modéré spontanément sa consommation.

Commentaire:

La tentative, même échouée, du médecin d'aborder la question de l'alcool souligne la pertinence de ce sujet. Par contre, le fait de ne pas l'aborder peut être interprété à tort par des personnes ayant une consommation à risque comme message rassurant.

Même en cas de consommation d'alcool excessive voire pathologique connue, il est recommandé d'aborder régulièrement le sujet. Une campagne de prévention en cours ou de nouvelles possibilités thérapeutiques peuvent légitimer et faciliter cette initiative.

Votre auto-évaluation:

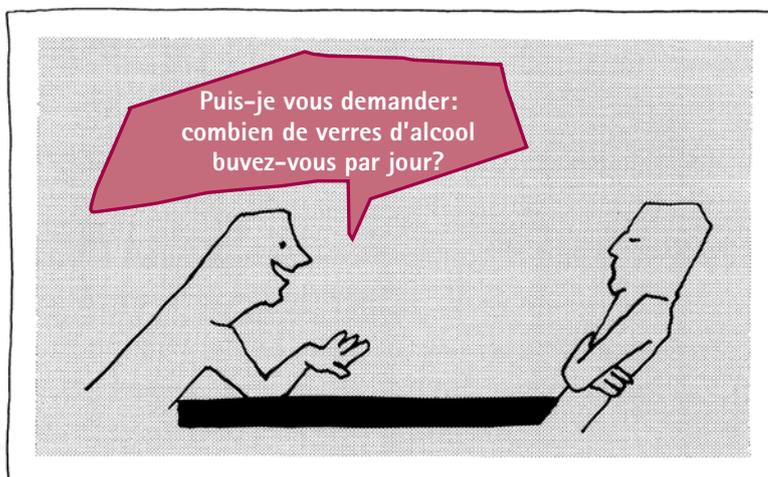
Comment le patient a-t-il réagi?

Comment est-ce que je me sens?

A-t-il été possible de parler d'alcool?

Quelle suite vais-je donner à cet entretien en fonction des réactions/questions de ce patient?

Réfléchissez comment s'est déroulée la consultation et préparez le feed-back pour la prochaine, car il est toujours utile de revenir sur le sujet et de demander au patient quel souvenir il garde de l'entretien d'aujourd'hui.



2

ÉTAPE 2: ÉTABLIR LE DIAGNOSTIC

- Vous êtes mentalement prêt.
- Vous avez choisi le bon moment au cours de la consultation.
- Vous avez ouvert le dialogue.

Nouvelle tâche:

Déterminer s'il y a une consommation à risque.

Votre objectif:

Poser la ou les questions ouvertes qui vous permettront de déterminer s'il y a une consommation à risque.

Exemple:

Un patient diabétique s'est montré ouvert au dialogue sur sa consommation d'alcool. Vous décidez de pousser plus loin votre investigation:

- Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool?
- Combien de verres d'alcool (= boissons standard, voir B. Partie explicative) prenez-vous les jours où vous buvez?
- A quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage par jour ou en une soirée?

mation à risque et font partie du questionnaire AUDIT, développé par l'OMS et validé scientifiquement (voir B. Partie explicative: étapes commentées).

Mais vous pouvez aussi formuler d'autres questions si elles vous paraissent plus appropriées, voire, avec l'expérience, n'en poser plus qu'une seule. L'important est de poser une question ouverte et d'essayer de quantifier la consommation d'alcool. Vous pouvez également imprimer l'AUDIT ou l'AUDIT-C¹ et le remettre au patient, en lui demandant de rapporter le questionnaire rempli à la prochaine consultation. Ou encore, vous signalez à votre patient la possibilité de faire un test sur sa consommation d'alcool, directement en ligne, sur Internet.²

Exemple:

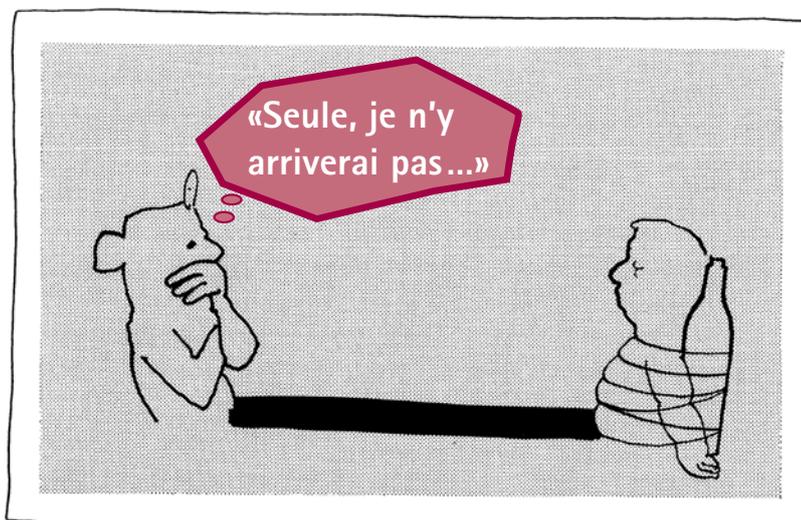
Une patiente, dont la consommation d'alcool pathologique est connue mais n'a été évoquée jusqu'ici qu'en marge, vient régulièrement vous voir en raison de troubles digestifs et de céphalées. Elle est prête à une recherche épidémiologique plus approfondie et se montre également plus ouverte à aborder sa consommation d'alcool que par le passé. Vous lui posez les mêmes questions qu'au patient précédent. Et/ou vous ajoutez d'autres questions, comme par exemple:

Dans quelles situations la consommation d'alcool vous apporte-t-elle quelque chose de positif?

Ces trois questions (appelées aussi l'AUDIT-C) ont fait leurs preuves dans le cadre du dépistage de la consom-

¹ Par exemple, http://www.fosumos.ch/images/stories/alkohol/Audit_f.pdf ou version courte http://www.fosumos.ch/images/stories/alkohol/AuditC_f.pdf

² Par exemple, <http://www.mydrinkcontrol.ch/fr/test/>



Comment avez-vous vécu des situations où il vous était impossible de boire?

Votre auto-évaluation:

Comment me suis-je senti en posant ma/mes questions?

Ai-je posé des questions ouvertes?

Quelles sont les questions qui me conviennent le mieux, avec lesquelles je me sens le plus à l'aise et pourquoi?

Existe-t-il des différences dans les réactions du patient en fonction des questions posées?

Ce patient, est-il un consommateur d'alcool à risque?

Ai-je bien compris les circonstances de vie qui font de ce patient un buveur à risque/dépendant?

Quelle suite vais-je donner en fonction des réponses/questions du patient?

Réfléchissez comment s'est déroulée la consultation et préparez le feed-back pour la prochaine, car il est toujours utile de revenir sur le sujet et de demander au patient quel souvenir il garde de l'entretien d'aujourd'hui.

Commentaire:

Dans de nombreux pays, le dépistage (dépistage/dépistage précoce) est conduit par un personnel paramédical (réceptionnistes et assistantes médicales), spécialement formé à cet effet et qui travaille avec des questionnaires. Cette façon de procéder permet de gagner du temps et de décharger le médecin.

Ce type d'implication du personnel paramédical n'est pas d'actualité en Suisse. Le patient apprécie que ce soit vous qui abordez des sujets tels que la consommation d'alcool, le tabagisme, les problèmes de poids et l'activité physique. C'est aussi une bonne occasion d'évoquer les aspects psychosociaux de vos patients et de leur témoigner votre intérêt justement pour ces sujets sensibles. Les nouveaux médicaments du groupe des modulateurs du système opioïde nous donnent un espoir de pouvoir aider les patients souffrant d'un alcoolisme pathologique et pour lesquels nous ne pouvions jusqu'ici qu'avouer notre impuissance, parce que ni la consommation contrôlée ni l'abstinence et encore moins un séjour de plusieurs mois dans un centre spécialisé n'était une option envisageable pour eux. Et de telles décisions thérapeutiques relèvent définitivement de la compétence du médecin.

3

ÉTAPE 3: INFORMER LE PATIENT

- Vous êtes mentalement prêt.
- Vous avez choisi le bon moment au cours de la consultation.
- Vous avez ouvert le dialogue.
- Vous avez constaté une consommation à risque ou une dépendance à l'alcool.

Nouvelle tâche:
Informé le patient.

Votre objectif:

Répondre au patient en lui donnant les informations dont il a besoin et définir une consommation «normale»: «Alcool – trop, c'est combien?».

Exemple:

Une patiente souffre de gastrite chronique. Parmi d'autres hypothèses, vous avez également cité une consommation excessive d'alcool que la patiente a confirmée. Elle a répondu à vos questions de dépistage et ses réponses indiquent qu'elle fait partie des consommatrices à risque.

Avant de lui donner des informations, testez la perception et les connaissances de la patiente:

- Que pensez-vous de votre consommation?
- Savez-vous ce qui est considéré comme une consommation normale?
- Pour vous, boire trop, c'est combien?

Informé ne veut pas dire juger. En informant le patient, il est important de lui permettre de s'interroger sur sa propre consommation, d'être à l'écoute de ses questions personnelles et d'y répondre. Vous obtiendrez ainsi de précieuses informations sur le niveau de conscience du problème de votre patient et sur ses connaissances sur le sujet.

Vous pouvez appuyer votre information en lui remettant une brochure ad hoc, voire vous arrêter à la remise de celle-ci et remettre la discussion à la prochaine consultation, si vous manquez de temps ou sentez que le patient est réticent.³

³ <http://www.alkoholkonsum.ch/fr/pour-les-concernes/> «L'alcool... un problème pour moi?»

⁴ cf. page 27 «boisson standard»

Commentaire:

Selon l'étude la plus récente pour la Suisse, les valeurs limites suivantes s'appliquent aussi à une consommation à faible risque:

Pour les hommes: pas plus de 2 boissons standard par jour, exceptionnellement 4 boissons par jour réparties sur plusieurs heures.

Pour les femmes et les personnes de plus de 65 ans: moins de 2 boissons standard par jour, même exceptionnellement moins que quatre.⁴

Il est recommandé de passer **au moins un ou deux jours par semaine sans boire d'alcool pour éviter le développement d'une tolérance.**

En présence d'indices d'une dépendance à l'alcool au sens du manuel de diagnostic psychiatrique (voir la partie explicative), vous pouvez en discuter ici avec le patient, sans pour autant porter un jugement sur sa situation. Cette discussion est importante car vous devez également évoquer les différences entre les étapes thérapeutiques. Elle vous donne en même temps l'occasion d'aborder avec le patient les **nouvelles perspectives des possibilités thérapeutiques** et de les lui expliquer en cas de questions.

Comme pour chaque étape, ce sont les réactions du patient qui vous indiquent jusqu'où vous pouvez aller. Pour être à l'écoute de façon détendue, il est important de disposer de suffisamment de temps. Parfois il vaut mieux remettre une discussion à une prochaine consultation que de casser une relation de confiance qui est en train de s'établir.

En revanche, en remettant la discussion à une prochaine consultation, vous devez retrouver le moment opportun pour entrer en matière.

Votre auto-évaluation:

A-t-il conscience d'un problème lié à sa consommation excessive d'alcool?

Ai-je répondu à ses questions?

Ai-je réussi à transmettre les informations que je voulais en restant ouvert et réceptif, sans porter de jugement?

Est-ce qu'un coaching au sujet d'alcool est indiqué et faisable pour ce patient?

Comment vais-je poursuivre?

Réfléchissez comment s'est déroulée la consultation et préparez le feed-back pour la prochaine, car il est toujours utile de revenir sur le sujet et de demander au patient quel souvenir il garde de l'entretien d'aujourd'hui.

4

ÉTAPE 4: TESTER LA MOTIVATION

- Vous êtes mentalement prêt.
- Vous avez choisi le bon moment au cours de la consultation.
- Vous avez ouvert le dialogue.
- Vous avez constaté une consommation à risque ou une dépendance à l'alcool.
- Vous avez informé le patient concernant sa consommation d'alcool et les conséquences possibles de celle-ci.

Nouvelle tâche:
Tester la motivation au changement.

Votre objectif:

Déterminer à quel stade de motivation se trouve le patient et identifier les besoins pour entreprendre une démarche avec lui.

Exemple:

Vous n'arrivez pas à équilibrer le diabète d'un patient. Après avoir conduit les différentes étapes d'investigation, il est apparu que ce patient est un consommateur d'alcool à risque. Vous avez transmis les informations, remis la brochure et vous avez envie d'entreprendre quelque chose. Jusque-là, le patient s'est montré attentif et intéressé. Vous devez alors vous demander:

- Est-il conscient du problème?
- A-t-il la volonté d'agir?
- A-t-il l'intention d'entreprendre quelque chose concrètement?
- A-t-il déjà essayé de palier au problème?
- A-t-il déjà pu tenir un certain temps?

La motivation peut être subdivisée en cinq étapes: percevoir le problème, vouloir le changement, s'y préparer, modifier son comportement, puis le maintenir. Le tout est appelé un «cycle d'apprentissage» du modèle trans-théorique (Stages of Change), selon DiClemente et Prochaska.

Des questions ouvertes permettent de déterminer à quel stade se trouve le patient et quels sont ses besoins pour passer au stade suivant. Exemple: Quelles sont vos expériences (positives ou négatives)? Comment pensez-vous

faire? Avez-vous déjà tenté quelque chose? Sur quelle aide pouvez-vous compter? Qu'est-ce qui fait obstacle?

Il s'agit de «diagnostiquer» l'état du patient face à son problème. Ses réactions au cours des précédentes étapes vous ont certainement déjà donné de précieuses indications.

Commentaire:

Chaque patient, chaque problème et chaque consultation sont différents, mais le déroulement des stades d'apprentissage est le même pour tous. Chaque étape dépend de la précédente qui doit être acquise avant de passer à la suivante. Il ne peut y avoir, par exemple, volonté d'agir sans une bonne connaissance du problème ou une application au quotidien sans une volonté d'agir bien établie en sachant comment s'y prendre.

Votre auto-évaluation:

A quel stade du cycle d'apprentissage ce patient se trouve-t-il?

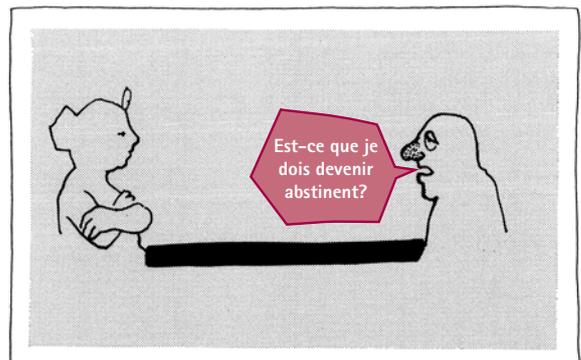
Le stade d'apprentissage actuel est-il acquis? Si non, que manque-t-il?

Ai-je suffisamment d'arguments pour déterminer à quel stade en est ce patient?

Mes questions ont-elles été suffisamment ouvertes pour que je puisse avoir une idée précise des besoins et des attentes de ce patient?

Quelle est la probabilité de changement pour ce patient?

Réfléchissez comment s'est déroulée la consultation et préparez le feed-back pour la prochaine, car il est toujours utile de revenir sur le sujet et de demander au patient quel souvenir il garde de l'entretien d'aujourd'hui.



5

ÉTAPE 5: MOTIVER LE PATIENT

- Vous êtes mentalement prêt.
- Vous avez choisi le bon moment au cours de la consultation.
- Vous avez ouvert le dialogue.
- Vous avez constaté une consommation à risque ou une dépendance à l'alcool.
- Vous avez informé le patient concernant sa consommation d'alcool et les conséquences de celle-ci.
- Vous avez testé sa motivation au changement.

Nouvelle tâche:

Faire évoluer le patient dans sa motivation.

Votre objectif:

Aider le patient à passer à une nouvelle phase du cycle motivationnel et à la maintenir.

Exemple:

L'angoisse d'être séropositif après une relation non protégée au cours d'une soirée bien arrosée, comme c'est le cas presque tous les week-ends, a conduit ce jeune homme chez vous pour un test VIH. Vous avez su être à l'écoute, ne pas juger et votre ouverture a permis une discussion sur les risques d'une consommation excessive d'alcool.

Vous avez réussi à motiver le patient, à savoir: favoriser la prise de conscience du problème.

Comment le faire évoluer vers l'envie de discuter avec vous d'un changement de comportement?

A chaque stade du cycle d'apprentissage du patient correspond une attitude spécifique pour le médecin. Il s'agit de renforcer l'étape de motivation acquise et d'aider à passer à la suivante. Les objectifs du médecin seront de:

1. Favoriser la prise de conscience du problème, en donnant les informations nécessaires.
2. Informer sur la capacité d'agir et encourager le patient.
3. Découvrir les aptitudes et les ressources du patient pour agir et les développer.
4. Planifier l'application au quotidien.
5. Planifier le soutien et l'encouragement nécessaires au maintien de l'action.

Commentaire:

Il est tout à fait normal pour le patient de devoir souvent parcourir les mêmes étapes plusieurs fois et de revenir en arrière. La répétition est nécessaire à l'acquisition de nouveaux comportements et ne devrait pas conduire à des sentiments d'échec chez le médecin ou provoquer la rupture. Le médecin ne doit pas montrer de signe de découragement, mais insister sur le fait qu'il est normal de faire des pas en arrière. C'est également de la même manière qu'on procède face à un dépendant à l'alcool – le patient hésite d'abord probablement à entreprendre des démarches concrètes. Mais rien que le fait de les examiner représente déjà un bon signe pour un changement.

Votre auto-évaluation:

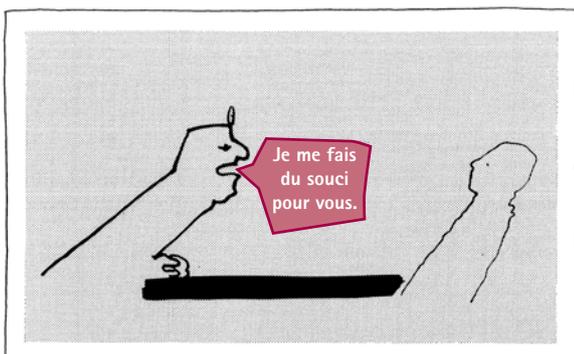
Ai-je toutes les informations nécessaires pour faire évoluer ce patient dans sa motivation?

Le patient a-t-il envie de continuer à progresser et pourquoi? Comment s'est-il exprimé par rapport à ce processus?

Ai-je envie de continuer et pourquoi?

Avec quelle probabilité, ce patient va-t-il changer sa façon de consommer de l'alcool à moyen terme?

Réfléchissez comment s'est déroulée la consultation et préparez le feed-back pour la prochaine, car il est toujours utile de revenir sur le sujet et de demander au patient quel souvenir il garde de l'entretien d'aujourd'hui.



6

ÉTAPE 6: FIXER LES OBJECTIFS

- Vous êtes mentalement prêt.
- Vous avez choisi le bon moment au cours de la consultation.
- Vous avez ouvert le dialogue.
- Vous avez dépisté une consommation à risque.
- Vous avez informé le patient concernant sa consommation d'alcool.
- Vous avez testé sa motivation au changement.
- Vous avez aidé le patient à évoluer dans sa motivation.

Nouvelle tâche:
Fixer des objectifs réalistes.

Votre objectif:

Aider le patient à fixer des objectifs réalistes, c'est-à-dire réalisables en fonction de sa situation et correspondant à son stade dans le cycle d'apprentissage.

▶ Exemple:

Le patient souffre de surcharge pondérale et de problèmes cardio-vasculaires. Il est représentant en vin et reconnaît que ses habitudes de consommation (dégustation avec les clients) jouent un rôle dans ses ennuis de santé. Sa profession pose un réel problème pour la mise en place d'une stratégie chez ce patient pourtant très motivé pour améliorer son état de santé. Son âge (58 ans) rend difficile un changement d'orientation professionnelle.

C'est en analysant précisément le déroulement de ses journées et en réfléchissant avec lui aux changements possibles à opérer que des objectifs pourront être fixés.

Chaque situation est particulière. En plus des habitudes de consommation d'alcool qui lui sont propres, chaque patient a ses difficultés et ses ressources spécifiques, un entourage familial plus ou moins aidant ou entravant, une motivation plus ou moins forte.

C'est en analysant ensemble avec le patient les différents contextes de vie que les objectifs pourront être fixés. Le mieux, opérer un changement après l'autre. C'est en faisant l'expérience de la réussite que les patients seront

motivés à maintenir, voire progresser dans les changements.

Il s'agit de mettre en route une démarche (à définir avec lui) dans laquelle il se sente accompagné et soutenu.

Commentaire:

Le moindre petit pas vers un changement mérite d'être soutenu. Il arrive toutefois que la politique des petits pas ne soit pas réaliste et que la question de l'abstinence se pose. Ne sous-estimez pas la force de la répétition. Une même information délivrée à plusieurs reprises a plus de chance d'être entendue et d'être efficace.⁵

Votre auto-évaluation:

Ai-je permis à ce patient de fixer lui-même ses objectifs de façon réaliste, l'ai-je suffisamment aidé à regarder la réalité en face?

Comment le patient voit-il le changement?

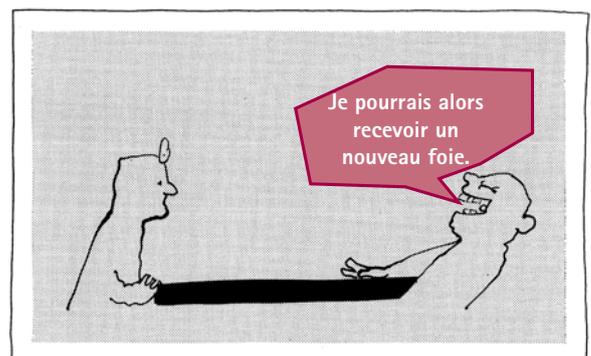
Ai-je imposé ma façon de voir les choses?

Quelles sont les chances de réussite pour ce patient?

Ai-je mis en place le soutien nécessaire pour le maintien des changements?

Réfléchissez comment s'est déroulée la consultation et préparez le feed-back pour la prochaine, car il est toujours utile de revenir sur le sujet et de demander au patient quel souvenir il garde de l'entretien d'aujourd'hui.

⁵ Briefer J.P., Briefer F. Brève approche de la suggestion, Primary Care, 2002, 2: 406-409



7

ÉTAPE 7: MAÎTRISE DE L'INTERVENTION BRÈVE

- Vous êtes mentalement prêt.
- Vous avez choisi le bon moment au cours de la consultation.
- Vous avez ouvert le dialogue.
- Vous avez dépisté une consommation à risque.
- Vous avez informé le patient concernant sa consommation d'alcool.
- Vous avez testé sa motivation au changement.
- Vous avez fixé des objectifs réalistes.

Pas de nouvelle tâche!

Vous avez suffisamment exercé les différentes étapes de l'intervention pour en maîtriser le déroulement et vous sentir libre de vous adapter à chaque situation. Vous êtes à l'écoute des patients, posez des questions ouvertes qui permettent d'approfondir le problème en laissant suffisamment de temps à votre interlocuteur pour choisir sa réponse. Votre attitude indique clairement que vous attendez du patient qu'il participe à clarifier et à résoudre les problèmes, que vous êtes à sa disposition en tant qu'expert et conseiller avec un objectif: l'aider à changer. Si nécessaire, vous pouvez renvoyer le patient vers d'autres offres, par exemple, celles des services d'addictologie ou encore des offres sur Internet telles que <http://www.consommationdalcool.ch/fr/pour-les-concernes/>. Ces dernières peuvent contribuer à diminuer la réticence à solliciter de l'aide. Les retours, en règle générale, personnalisés qu'il reçoit par rapport à sa propre consommation d'alcool sont perçus comme moins agressifs.

À la fin de chaque consultation, vous devriez prendre le temps de réfléchir à son déroulement, faire une brève auto-évaluation et préparer le feed-back pour la prochaine rencontre, car il est toujours utile de revenir sur le sujet par la suite et de demander au patient quel souvenir il a gardé de l'entretien d'aujourd'hui.

Qu'en est-il actuellement dans votre consultation?

Nous vous avons posé cette question au début de la première partie du manuel en soulevant la question de la prévalence du problème de l'alcool dans votre consultation.

Nous vous proposons maintenant un exercice qui vous permettra de mesurer le chemin parcouru. Décomptez, sur une durée de temps déterminée, le nombre de patients chez lesquels vous avez dépisté une consommation d'alcool à risque, éventuellement pratiqué une intervention brève et quelles étaient leurs réactions. Cela va vous permettre de vous «rôder» de saisir encore d'autres occasions pour parler d'alcool, mais également, pour rester silencieux sans être frustré, lorsque le patient ne semble pas disposé à dialoguer sur sa consommation d'alcool.

B. PARTIE EXPLICATIVE: ÉTAPES COMMENTÉES

La relation soignant-soigné est une alchimie fragile qui se construit au fil du temps. De nombreux professionnels craignent de détruire la relation de confiance établie avec leurs patients en abordant des questions qui risquent de mettre en évidence certains aspects délicats de la sphère personnelle. De leur côté, les patients qui espèrent que leur médecin aborde aussi les difficultés dont ils n'osent pas parler, ne sont pas rares.

Banaliser la consommation d'alcool résulte d'un ensemble de facteurs culturels, particulièrement présents dans des régions viticoles. Un autre facteur – plus délicat à aborder – est que beaucoup de médecins boivent, certains davantage que la moyenne de la population, car ils sont à la recherche d'un anxiolytique non médicamenteux (sic) face à un métier stressant.⁶

Rappelons l'importance qu'il y a à manifester de l'empathie dans ces moments difficiles au cours desquels le patient dévoile ses faiblesses. Voici quelques éléments pour développer une telle relation, à titre d'exemple:

- Reconnaître les moments d'émotion
- Demander au patient ce qui se passe
- Nommer l'émotion
- Légitimer l'émotion
- Apprécier l'effort du patient pour y faire face
- Offrir aide et soutien

AVANT TOUTE INTERVENTION

Préparez-vous mentalement:

«Comment vais-je procéder avec ce patient?»

La préparation consiste à s'entraîner mentalement à l'intervention avant la visite du patient. La probabilité de succès est ainsi améliorée. N'oubliez pas d'évaluer le temps dont vous disposez afin d'éviter le stress de l'horloge qui tourne et qui vous met dans un état de moindre réceptivité face aux questions et aux réactions du patient. Il est parfois préférable de prévoir une entrée en matière lors d'un prochain rendez-vous si vous vous sentez pressé.

Le type de relation qui doit s'établir entre le soignant et le soigné est le partenariat. Votre attitude doit indiquer clairement au patient que vous le prenez au sérieux en tant que partenaire, que vous attendez de lui sa participation et que vous acceptez aussi son éventuel refus d'entrer en matière.

Voici un schéma vous permettant de vous préparer à l'intervention brève:

- Sélectionnez les patients avec qui vous pensez pouvoir intervenir en toute confiance.
- Imaginez, jusque dans les détails, la manière dont vous allez intervenir avec ces patients.
- Améliorez le scénario de l'intervention jusqu'à ce que vous vous sentiez satisfait, suffisamment préparé et confiant.

Le choix du bon moment au cours de la consultation: «Maintenant, je peux aborder la consommation d'alcool.»

Vous êtes dans le contexte d'un problème où la consommation d'alcool pourrait jouer un rôle: tension artérielle élevée, problèmes de poids, de digestion, troubles dépressifs, traumatisme après un accident ou après avoir subi de la violence, un check-up, etc. Utilisez cette opportunité avant tout pour vous sentir à l'aise. S'il s'agit d'un nouveau patient ou d'un patient que vous ne connaissez pas encore bien, le sujet de la consommation d'alcool peut être introduit à l'occasion des thèmes clés portant sur le style de vie. Aborder la question d'alcool avec les jeunes ne pose normalement aucun problème.

AUTO-ÉVALUATION

Après chaque consultation, réfléchissez à son déroulement, faites votre auto-critique. Notez ce qui a bien et moins bien marché, évaluez également les réactions du patient ainsi que les vôtres (comment ça s'est passé?), faites un bilan et un pronostic pour la suite de vos interventions.

⁶ Mottu F. A propos de l'alcoolisme ou «propos d'alcoolique?», Primary Care, 2003, 3: 236.

Les suites à donner lorsque le patient revient: «Que s'est-il passé depuis notre dernier entretien?»

Cette étape n'est pas compliquée en soi, mais revêt une grande importance pour le patient. Votre intérêt pour le patient et ses difficultés sont ainsi soulignés. Vous mettez ainsi en évidence le fil rouge de vos entretiens. Mettre en commun l'agenda facilite l'entrée en matière. Ne pas le faire peut démotiver votre patient et lui donner l'impression que ce qu'il dit n'a pas d'importance pour vous. Si le patient montre qu'il ne désire pas parler d'alcool, laissez tomber pour l'instant.

Vous pouvez:

- Rappeler les sujets traités, les éventuels engagements pris
- Reprendre l'intervention là où elle s'était terminée

- Demander au patient s'il a réfléchi depuis la dernière consultation, s'il a effectué des changements, pris des résolutions
- etc.

La difficulté consiste à avoir à disposition un système fiable pour:

1. se rappeler l'importance de reprendre la prochaine consultation avec le sujet de la consommation d'alcool,
2. se souvenir du déroulement de la consultation pour pouvoir reprendre les choses là où elles en étaient et poser les questions sur les objectifs à fixer avec lui, etc.

OUVRIR LE DIALOGUE

L'objectif de cette étape est de montrer au patient qu'avec vous, il est possible de parler de consommation éventuellement excessive d'alcool, de partager des inquiétudes à ce sujet, sans recevoir en retour des discours moralisants ou culpabilisants. La discussion est ouverte avec bienveillance et le choix est laissé au patient d'y donner suite ou non. Parfois, une seule question peut suffire à ouvrir le dialogue et cette étape peut être conduite en quelques secondes.

Si vous êtes bien préparé et que vous avez choisi le bon moment, vous trouverez naturellement la manière d'entrer en matière sur la question de la consommation d'alcool. Dans le cas d'un problème déclaré dans lequel la consommation excessive d'alcool peut jouer un rôle, vous pouvez investiguer les habitudes de vie en général et vous focaliser sur la consommation d'alcool en particulier.

L'acronyme HEADSSS⁷, développé dans le cadre des investigations auprès des jeunes, rappelle les divers domaines de vie avec lesquels la consommation d'alcool peut interférer.

HEADSSS:

- H: Home** – alcool dans l'entourage familial
- E: Education** – alcool à l'école et au travail
- A: Activity** – alcool et loisirs
- D: Drug** – alcool comme moyen de modifier son humeur et d'améliorer ses performances
- S: Sexuality** – alcool et activités sexuelles (rapports non protégés, etc.)
- S: Security** – alcool et prises de risques (par exemple, accidents, etc.)
- S: Suicide** – alcool et troubles affectifs (manque de joie de vivre, dépression, etc.)

L'utilisation des thèmes ci-dessus est particulièrement utile pour entrer en matière avec des adolescents ou des jeunes adultes qui viennent chez le médecin pour un contrôle préprofessionnel – et qui ne présentent aucun problème de santé permettant d'ouvrir le dialogue sur la consommation d'alcool. Cela vaut aussi pour les consultations avec de nouveaux patients ou lors d'un check-up.

⁷ Goldenring J. M., Rosen D. Getting into adolescent heads: an essential update. *Contemp Pediatr.* 2004

Rappelons:

Le simple fait de poser une question sur la consommation d'alcool est une des étapes importantes de toute intervention. A elle seule, elle constitue à la fois le cœur de toute intervention brève et l'intervention brève dans sa forme la plus brève.

Les patients s'attendent en général à ce que le médecin s'intéresse à leurs habitudes de vie (alcool, tabac, alimentation, sport, etc.). Certaines études françaises ont démontré que de nombreux patients, devenus par la suite dépendants à l'alcool, avaient essayé d'attirer l'attention de leur médecin sur leur consommation d'alcool (quand ils étaient encore des consommateurs «à risque»), ce qu'il avait pourtant ignoré.

Ne pas nommer la consommation d'alcool peut avoir un effet faussement rassurant pour le patient: «Si le médecin ne m'a pas posé de question au sujet de ma consommation d'alcool, cela signifie certainement qu'il n'y a pas de problème. Je peux donc la maintenir telle quelle et pourquoi pas l'augmenter un peu!» Même si le médecin ne commente pas la consommation déclarée, le patient cherchera à donner un sens à la question et au silence du médecin. Il réfléchira sur sa consommation, ce qui constitue une ouverture vers la réflexion, voire la décision d'une diminution.

Entrez en matière avec empathie, c'est-à-dire en tenant compte des émotions du patient; partagez ses soucis et soyez à l'écoute de ses réactions. Demandez au patient la permission de vous enquêter de sa consommation d'alcool ou d'autres drogues: le patient se sentira plus à l'aise, vous aurez ainsi la légitimité d'enquêter en toute liberté: «Pouvons-nous parler de votre consommation d'alcool ou prenez-vous d'autres drogues?»

Si le patient refuse, votre intervention est terminée. Elle ne vous aura pris que peu de temps, ce qui ne signifie pas pour autant qu'elle n'aura eu aucun effet. Le refus d'entrer en matière ne signifie pas que le médecin ne peut pas ou ne doit pas revenir sur le sujet ultérieurement.

Posez des questions ouvertes, qui laissent une grande liberté de réponse:

«Quelles sont vos relations avec l'alcool?»

«L'alcool peut jouer un rôle dans l'élévation de la tension artérielle. Qu'en pensez-vous?»

Poser une question très générale n'a rien de menaçant:

«Dans quelles circonstances vous arrive-t-il de boire de l'alcool?»

POSER LE DIAGNOSTIC

Cette étape n'aura lieu que si le patient se montre ouvert à la discussion ou qu'il aborde lui-même le sujet.

L'objectif consiste à déterminer précisément si le patient en face de vous est un buveur à risque ou non, s'il est nécessaire de l'informer et de le mettre en garde à propos d'une consommation excessive d'alcool. Un autre objectif tout aussi important consiste à le rendre attentif à sa consommation réelle et à lui ouvrir les yeux, éventuellement, sur des excès qu'il ignorait ou banalisait. Ce simple fait peut le motiver suffisamment pour passer à l'action et diminuer sa consommation d'alcool.

C'est au cours du dépistage que les résistances se manifestent le plus souvent. Regards fuyants, changements dans le ton ou le volume de la voix, hésitations, banalisation, modification de la couleur du visage, tentatives de faire de l'humour, réactions choquées, réprobatrices, sont autant de signes lorsque le sujet de discussion dérange le patient. Dans ce cas, il est presque certain que vous avez affaire à un consommateur excessif conscient de son problème, mais qui préfère ne pas en parler pour le moment avec le médecin. C'est un choix qu'il faut respecter, sans l'encourager, en laissant la porte ouverte pour une discussion ultérieure.

Posez des questions ouvertes jusqu'au moment où vous pourrez avoir une vision claire des habitudes de consommation d'alcool de votre patient, de son comportement face au produit et des circonstances de vie qui favorisent chez lui les excès.

La manière d'ouvrir le dialogue sur le sujet de la consommation d'alcool et le type de question influencent fortement la qualité des réponses. Différents outils sont à votre

disposition, certains sont adaptés à des groupes cibles spécifiques: général (AUDIT et AUDIT-C, CAGE), femmes enceintes (T-ACE et TWEAK), patients plus âgés (SMAST, ASSIST). Chaque outil a ses particularités, ses forces et ses faiblesses. L'AUDIT est non seulement le plus facile à utiliser, mais aussi le plus polyvalent.

AUDIT: ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST

C'est en 1982 que l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) a mandaté un groupe de chercheurs pour développer un test simple, facile à intégrer dans la pratique par n'importe quel professionnel de la santé et permettant de distinguer de manière spécifique les buveurs à risque et des personnes dépendantes de l'alcool.

Ce questionnaire conçu pour l'auto-administration comprend dix questions, il est facile d'accès sur Internet (par exemple http://www.fosumos.ch/images/stories/alkohol/Audit_f.pdf.)

Trois questions qui concernent la consommation à risque: fréquence de consommation, quantité lors d'une consommation typique, fréquence des abus de consommation. En principe, vous pouvez déjà dépister une consommation d'alcool à risque en posant seulement ces trois premières questions (= AUDIT-C).

Trois questions qui concernent les symptômes de dépendance: absence de contrôle lors de la consommation d'alcool, effets de l'alcoolisation sur la vie quotidienne, consommation d'alcool matinale.

	0	1	2	3	4	Score de la ligne
1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool?	Jamais	1 fois par mois ou moins	2-4 fois par mois	2-3 fois par semaine	Au moins 4 fois par semaine	
2. Combien de verres d'alcool consommez-vous les jours où vous buvez?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 8	10 ou plus	
3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière?	Jamais	Moins d'une fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Chaque jour ou presque	

Tab. 1: Les 3 premières questions de l'AUDIT.

Quatre questions sur les dommages causés par l'alcool: faute commise sous effet de l'alcool, coma éthylique, accidents liés à la consommation excessive et autre problème lié à l'alcool.

Certains auteurs ont mesuré l'efficacité de la troisième question comme outil de dépistage et obtenu d'excellents résultats (sensibilité 0,77, spécificité 0,83).⁸

Dans la population en général, environ 20 à 25 pour cent présentent une consommation d'alcool à risque. Un score total de 6 ou plus multiplie cette probabilité par 3. Votre patient consomme très probablement d'une manière à mettre sa santé en danger.

L'expérience a montré que le médecin qui s'intéresse à la prévention de problèmes liés à l'alcool et qui prend l'habitude d'ouvrir le dialogue sur ce sujet, «découvre» également un nombre important de patients chez qui la question d'une dépendance à l'alcool ou d'une consommation à risque se pose.

Dans la pratique, cela peut se présenter comme suit: le patient obtient par exemple 7 points (3 questions) (AUDIT-C). Vous affirmez votre diagnostic en posant les questions CAGE ou toutes les questions de l'AUDIT.

Parfois le patient n'est pas aussi ouvert au dialogue que souhaité. Il est alors possible de remettre le questionnaire «AUDIT» au patient afin qu'il le remplisse tranquillement chez lui et se prépare ainsi à aborder le problème lors de la prochaine consultation. Vous pouvez aussi mettre fin à la discussion et renvoyer le patient à la fin de la consultation au site <http://www.mydrinkcontrol.ch/fr/>.

QUESTIONNAIRE CAGE

Ce questionnaire est plus approprié pour le dépistage d'une dépendance. Deux réponses positives sur les quatre questions CAGE suivantes signifient une probabilité de dépendance à 60 pour cent.

- a) Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées?
- b) Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques concernant votre consommation d'alcool?
- c) Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop?
- d) Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme?

MARQUEURS BIOLOGIQUES (MCV, GGT ET CDT)

Il se peut que dans un contexte clinique donné, vous ayez recours à ces marqueurs. En cas de valeurs élevées, vous devez vous demander si, dans ce cas, l'alcool peut jouer un rôle et chercher d'autres signes d'une consommation excessive ou d'une dépendance. C'est le bon moment pour entrer en dialogue sur la consommation d'alcool.

Les marqueurs biologiques peuvent parfois vous aider à repérer des consommateurs excessifs d'alcool et vous aider à faire le lien entre certains symptômes et cette consommation. La plupart des consommateurs à risque maintiennent des valeurs parfaitement normales! La spécificité et/ou la sensibilité de ces marqueurs sont donc insuffisantes pour le dépistage d'une simple consommation à risque. Cependant, on peut utiliser les marqueurs biologiques dans le but de mesurer les modifications biologiques engendrées par la consommation, ou appuyer le suivi de la réduction de la consommation ou de l'abstinence.

	Sensibilité	Spécificité
MCV (> 99 FL)	27	91
GGT (> 50 UI/l)	69	65
CDT (> 20 UI/l)	58	82

Tab. 2: Sensibilité et spécificité de certains marqueurs biologiques dans le dépistage des problèmes liés à la consommation d'alcool.

⁸ Bradley K.A., Kivlahan D.R., Bush K.R. et al. Variations on the CAGE Alcohol Screening Questionnaire: Strengths and Limitations, In VA General Medical Patients, Alcohol Clin Exp Res, 2001, 25, 10: 1472-8.

INFORMER LE PATIENT

L'objectif de cette étape est de donner au patient des informations claires et sans équivoque au sujet de la consommation d'alcool qu'il a décrite. Le patient est, désormais, dans l'attente d'une réaction ce qui le met dans un état de grande réceptivité face au discours à venir de votre part. En même temps, il peut se sentir fragilisé et sur la défensive pour avoir dévoilé certaines faiblesses. L'attitude du médecin est, là encore, fondamentale.

L'attitude du médecin est importante pour conserver la réceptivité du patient. L'influencer efficacement en lui faisant changer ses habitudes est une attitude de type essentiellement informatif de la part du médecin: c'est l'avis d'un professionnel qui expose les conclusions de ses analyses. Les muscles du visage sont relâchés et le ton de la voix est neutre (à aucun moment il ne fronce les sourcils!).

Si nécessaire, le médecin informe le patient de sa préoccupation et lui conseille de prendre des mesures en expliquant les raisons. Lorsque le patient semble, en partie, ignorer les risques qu'il encourt, le médecin doit procéder à une description symptomatique exacte (mais non exagérée) des conséquences futures possibles de la consommation actuelle: augmentation de la tolérance à l'alcool, tendance à l'augmentation de la consommation en cas de problèmes, conséquences sur le corps, les comportements, la pensée, la famille, le travail, etc.

Un autre objectif de cette étape consiste à permettre au patient de se positionner au sujet de sa consommation d'alcool: est-ce que je bois trop? Quelle est la consommation maximale tolérée? L'analyse a souvent comme effet d'étonner le patient sur sa propre consommation effective et il n'est pas rare qu'il l'a diminuée spontanément. Il n'y a donc pas de moment plus favorable pour indiquer au patient quelle est la consommation recommandée, selon les critères scientifiques actuellement à disposition, pour les personnes en bonne santé et non dépendantes qui désirent consommer de l'alcool de façon habituelle ou sporadique. Le but est surtout de donner un point de repère vers lequel tendre et d'inciter à une diminution de la consommation à bas risque.

Il est recommandé de remettre une brochure d'information (par exemple, «Que dois-je savoir sur l'alcool?» (www.addictionsuisse.ch/fr-alcool)). Le patient pourra ainsi se remémorer, tranquillement chez lui, la discussion qu'il a eue avec le médecin. Il s'agit d'un support écrit qui lui rappelle les principales informations, lui offre des suggestions pour mieux gérer sa consommation. La brochure ne peut pas remplacer les informations verbales du médecin, mais elle constitue une bonne aide lorsque la résistance du patient est trop élevée pour une discussion. Elle peut également servir de préparation à un prochain rendez-vous lorsque le temps manque ou que le médecin ne se sent pas assez sûr pour enchaîner tout de suite sur le sujet.

LA CONSOMMATION D'ALCOOL «À FAIBLE RISQUE»?

Actuellement, la limite critique pour une consommation à faible risque est mesurée en fonction du risque de mortalité globale. Il s'agit le plus souvent d'une compilation de données épidémiologiques provenant de diverses études et de divers pays. Le risque n'est pas linéaire, mais évolue selon la courbe typique en U ou en J: en comparaison avec l'abstinence, une consommation modérée a comme conséquence – statistique au moins – une légère baisse du risque de mortalité. Ce risque de mortalité perdue pour les maladies cardio-vasculaires alors que le risque de mortalité globale augmente rapidement à partir de 2 à 4 verres consommés par jour.

Les recommandations émises par les différents pays varient quant à la limite tolérable de la consommation à faible risque. Elles tiennent en plus compte des habitudes locales de consommation ainsi que du contexte culturel en général.

A titre de comparaison, voici quelques exemples:

1 boisson standard = 10 g d'alcool pur,
ce qui correspond à:

- 3 dl de bière
- 1 dl de vin
- 2 cl d'alcool fort

Suisse	hommes	pas plus de 2 boissons par jour; exceptionnellement 4 boissons par jour réparties sur plusieurs heures
	femmes	moins que 2 boissons par jour, rarement moins que 4 boissons par jour réparties sur plusieurs heures
OMS	hommes	pas plus de 3 boissons par jour
	femmes	pas plus de 2 boissons par jour, jamais plus de 4 boissons par occasion pour l'usage ponctuel
Canada (règle 1-3-4)	hommes et femmes	pas plus de 1 boisson par heure pas plus de 3 boissons par jour pas plus de 4 jours de suite
Royaume-Uni	hommes	<21 boissons par semaine
	femmes	<14 boissons par semaine

Tab. 3: Comparaison concernant la question «Trop, c'est combien?»

LA DÉPENDANCE À L'ALCOOL

L'OMS (CIM-10) et la Société américaine pour la psychiatrie (DSM-IV) définissent une série de critères précis permettant de diagnostiquer une dépendance à l'alcool. Au minimum trois critères (sur sept) doivent être présents à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois⁹. Il serait souhaitable toutefois que cette attribution soit appliquée plus souvent en vue de dépister aussi la dépendance dans un stade précoce au lieu d'attendre que la majorité des critères ne s'applique. Dans beaucoup de cas, le diagnostic n'est posé qu'avec un retard de plusieurs années, quand un quatrième ou un cinquième critère est entré en jeu.

Les critères selon le DSM-IV sont:

- Le patient développe une tolérance qui est définie comme suit:
 - o il a besoin d'augmenter notablement la quantité consommée pour revivre un état d'intoxication ou atteindre un effet souhaité, ou encore
 - o l'effet est nettement diminué en cas de consommation continue de la même quantité.
- Le patient développe des symptômes de sevrage qui se manifestent comme suit:
 - o syndrome caractéristique de sevrage de l'alcool, ou encore
 - o consommation d'alcool pour atténuer ou éviter les symptômes de sevrage.

- L'alcool est absorbé en quantité plus importante ou pendant une période plus longue que prévu.
- La consommation d'alcool est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème physique ou psychologique susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par l'alcool.
- Il y a un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance.
- Beaucoup de temps est passé pour se procurer de l'alcool, le boire ou récupérer de ses effets.
- Des activités importantes sociales, professionnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de la consommation d'alcool.

Attention! Le tremblement, l'hypersudation ou les troubles du sommeil peuvent être causés par une maladie somatique et attribués à tort à un sevrage d'alcool et vice versa. Pour des raisons physiologiques, la tolérance à l'alcool diminue chez les aînés, des quantités inférieures peuvent donc être suffisantes pour obtenir l'effet désiré.

⁹ Par exemple, www.alterundsucht.ch/fr

TESTER LA MOTIVATION

L'objectif de cette étape consiste à reconnaître dans quel état d'esprit se trouve le patient vis-à-vis de son problème. La théorie fait appel aux notions de cycle et d'étapes d'apprentissage, bien connues des sciences de la communication. Connaître à quel niveau du cycle d'apprentissage ou à quelle étape de son évolution vers un éventuel changement se trouve le patient permet au médecin d'adapter son intervention à la situation réelle, de soumettre des propositions réalistes et d'en discuter ainsi que de prévoir les étapes futures. Cela permet au médecin de mettre en place son intervention de façon efficace, car il dialogue avec son patient précisément au cours de la phase que son patient est en train de vivre.

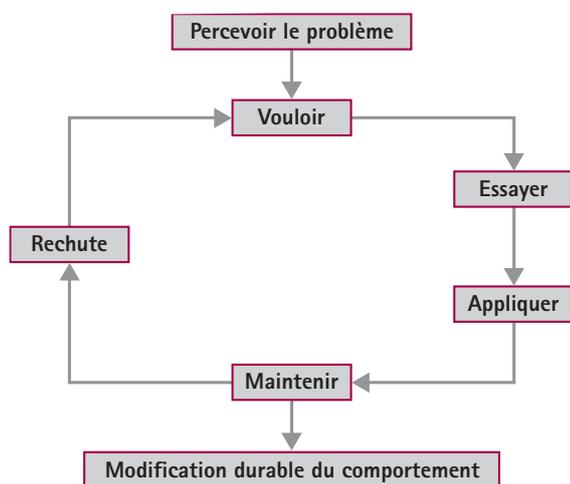


Fig. 2: Le processus d'apprentissage du patient: un cycle de phase et d'activités bien définies.

Le modèle de Prochaska et DiClemente

Le modèle du changement de comportement dit «trans-théorique» formulé par Prochaska et DiClemente est sans doute l'un des plus connus. L'entretien motivationnel de Miller et Rollnick dont est déduit l'intervention brève s'appuie largement là-dessus, même si, avec le temps, des adaptations et précisions ont peu à peu complété le modèle.¹⁰

Ainsi, on distingue une phase de précontemplation, durant laquelle le patient ne perçoit aucun problème et donc n'a pas de raison de changer ses comportements, suivie d'une phase dite de contemplation, durant laquelle le patient entre dans le dilemme «changer ou ne pas changer?». Il est en train de vivre sa propre ambivalence face à un problème donné. La troisième phase de préparation est

caractérisée par la mise en place des stratégies pour changer. Avant la phase appelée «action», durant laquelle le patient met en acte ce qu'il a décidé de faire. Enfin, la phase de maintien sert à adapter le style de vie de manière durable et à pouvoir continuer de répondre à ses besoins sans avoir recours à ses vieilles habitudes.

Au regard de la complexité d'un changement aussi important que celui de cesser ou de diminuer la consommation d'alcool – ceci est valable pour tout autre comportement à risque, tel le tabac, les substances psychotropes, les habitudes alimentaires, etc. – il n'est pas étonnant que la majorité des personnes ne réussissent pas du premier coup à changer leurs habitudes et à organiser leur vie différemment.

C'est pourquoi la prise en charge thérapeutique d'une rechute (relapse) est si importante. Si le médecin arrive à exploiter une telle rechute du point de vue thérapeutique et à l'utiliser pour mieux en identifier le moment et les conditions, cette rechute peut aussi être interprétée comme un signe précurseur qui permet au patient de prendre à nouveau conscience du problème (contemplation) sans lui faire perdre l'espoir d'y réussir. En revanche, si elle s'accompagne de reproches de tiers et/ou du patient lui-même, d'un sentiment de honte et d'échec, le patient va à nouveau culpabiliser et se retrouver dans le même cercle vicieux qu'auparavant. C'est justement cette attitude réaliste qui permet au médecin de rester calme et de ne pas se laisser envahir par un sentiment d'échec lui aussi. Au contraire, il pourra s'en inspirer pour reprendre le fil avec le patient. Et, face à cette nouvelle attitude envers lui, le patient se sentira soulagé et mieux compris.

Le thérapeute doit s'attendre à devoir accompagner certains patients durant plusieurs cycles de changement. Les enseignements tirés des échecs et des réussites permettront d'accélérer le processus, de prolonger les phases de changement appliqué et d'arriver enfin à un changement définitif du comportement.

C'est par une écoute active et avec des questions ouvertes que le thérapeute pourra déterminer à quel stade ou étape se trouve le patient:

- Que pensez-vous de votre consommation d'alcool?
- À quel point êtes-vous prêt à agir?
- Qu'avez-vous déjà tenté?
- Comment pensez-vous faire?
- Quelles sont les difficultés que vous pouvez imaginer?

¹⁰ Miller U. R., Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change* (2nd ed.), 2002, New York, Guilford Press

MOTIVER LE PATIENT

Après avoir déterminé à quel degré de motivation en est le patient, l'objectif suivant consiste à motiver le patient à passer à un stade supérieur ou à consolider le stade actuel si vous sentez qu'il n'est pas acquis de manière solide. À chaque étape de l'apprentissage du patient correspondent des tâches différentes pour le thérapeute.

Favoriser la prise de conscience du problème

Identifier ce que le patient sait déjà: cela permet de gagner du temps en évitant des répétitions inutiles, de situer la relation dans un vrai partenariat et emmener le patient à des premières réflexions autocritiques sur son comportement.

Favoriser la compréhension du problème: il s'agit d'utiliser des mots simples (pas de jargon médical!), reprendre les termes du patient et répéter à plusieurs reprises les explications de différentes manières (paraphraser).

S'assurer que le patient a compris ce qui a été dit: seul ce que le patient est en mesure de répéter peut être considéré comme ayant été compris.

S'informer sur la volonté d'agir et l'encourager

Eviter de forcer le processus et de vouloir persuader: le patient qui se sent forcé dans une voie qui n'est pas (encore) la sienne peut devenir méfiant, se sentir jugé, ce qui peut entraîner l'interruption de la relation.

En étant attentif aux émotions: il est important de reconnaître, de nommer et de légitimer les aspects émotionnels pour pouvoir, par la suite, lever les obstacles à l'acceptation du problème et à la volonté d'agir.

En donnant la possibilité de choisir entre plusieurs solutions élaborées avec lui, en le laissant prendre la décision.

Apprentissage du patient	Questions-clés	Lors de la consultation chez le médecin de famille	Dans le quotidien du patient
Percevoir / savoir (Précontemplation) SENSIBILISER	<ul style="list-style-type: none"> • Que pensez-vous de votre consommation? • Que savez-vous sur ce sujet? • Dans quelles situations risquez-vous de consommer trop d'alcool? 	Identifier et favoriser la prise de conscience du problème ABORDER	
Vouloir (Contemplation) MOTIVER	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous déjà pensé à faire quelque chose? • Êtes-vous prêt à changer vos habitudes de consommation d'alcool? 	S'informer sur la volonté d'agir et l'encourager ANALYSER	Remplir le questionnaire sur le comportement en matière de santé Lire des brochures et d'autres documents
Essayer (Préparation) PLANIFIER	<ul style="list-style-type: none"> • Comment pensez-vous faire? • Avez-vous déjà tenté quelque chose? 	Découvrir et développer des aptitudes et des ressources METTRE AU POINT	Choisir le comportement visé et des points d'approche
Appliquer (Action) APPLIQUER	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les difficultés que vous prévoyez? • Comment en voyez-vous la mise en pratique au quotidien? 	Planifier l'application au quotidien RÉALISER	Mettre en œuvre un projet de santé
Maintenir (Maintenance) ACCOMPAGNER	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qui pourrait vous aider? • Comment voyez-vous notre collaboration? 	Planifier le soutien et l'accompagnement MAINTENIR	Accepter toute aide supplémentaire apportée par des spécialistes ou fournie par des offres régionales (cours et groupes de soutien)

Tab. 4: Modèle de conseils en cinq étapes.

Synthèse du manuel HIV de U. Grüninger, M. Künzel et H.P. Bosshard et Coaching-Santé du CMPR et DocCom (2014)¹¹

¹¹ Neuner-Jehle S., Schmid M., Grüninger U. The «Health Coaching» programme: a new patient-centred and visually supported approach for health behaviour change in primary care. *BMC Family Practice* 2013;14(100): www.biomedcentral.com/1471-2296/14/100.

Découvrir et développer des aptitudes et des ressources

En stimulant l'imagination du patient: des deux partenaires, le patient est celui qui sait le mieux ce qu'il est capable de faire et comment, mais souvent il n'y croit pas. En l'aidant à formuler à haute voix ses aptitudes et ses ressources, le soignant aide le patient à prendre ou reprendre confiance en lui et en son savoir-faire, à augmenter son estime pour lui-même, à reprendre le contrôle de sa vie.

En offrant son aide et son soutien: les choses n'iront pas forcément de soi, mais le soignant est là pour apporter son soutien bienveillant, pour rappeler les décisions prises et soutenir le patient dans des moments plus difficiles.

Planifier l'application au quotidien

En détaillant avec le patient toutes les situations à risque: le patient connaît très bien, en général, les situations dans lesquelles il est tenté d'augmenter sa consommation d'alcool. Pour chaque situation à risque un certain nombre de garde-fous peut être trouvé.

En aidant le patient à trouver lui-même des solutions: «Ce qu'on fait le mieux, c'est ce qu'on a décidé soi-même.» Le médecin aidera le patient à trouver des parades pour chaque situation à risque et fera des suggestions si le patient n'en trouve pas lui-même. Il ne s'agit pas d'être directif ni de proposer des recettes, mais de faire part des différentes solutions ayant fait la preuve de leur utilité en d'autres occasions, en laissant la décision finale au patient.

TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX DE SOUTIEN

Même en l'absence d'un traitement médicamenteux de soutien, les interventions brèves s'avèrent utiles. En revanche, toute délivrance d'un médicament destiné au traitement de la consommation d'alcool exige impérativement des mesures d'accompagnement psychothérapeutiques ou psychosociales. Les interventions brèves décrites ici servent à cet effet.

Nous présentons dans ce chapitre un aperçu de ces médicaments commercialisés actuellement (mai 2014) en Suisse ainsi qu'un résumé de leurs caractéristiques. Les informations suivantes sont tirées du site Web www.fosumos.ch/index.php/fr/alcool. Les informations officielles actuelles sont disponibles sur www.swissmedicinfo.ch.

Acamprosate (Campral®)

Effet: Ce médicament influence l'activité glutamatergique réduisant l'activation des récepteurs NMDA associés à la dépendance à l'alcool et au sevrage.

Commentaire: De grands espoirs étaient mis dans l'acamprosate (Campral®). Ce médicament devait réduire l'envie impérieuse de boire («craving») chez les patients motivés et situés dans une démarche d'abstinence après le sevrage. L'atteinte de l'objectif thérapeutique «Abstinence après une cure de sevrage» faisait souvent défaut dans les études contrôlées, même si l'administration du médicament a permis de minimiser l'intensité et la fréquence de la consommation d'alcool et de prolonger les périodes d'une abstinence déjà atteinte. Selon les études, l'acamprosate devrait surtout être employé pour soutenir des patients déjà abstinentes et non chez des patients qui continuent à boire. L'acamprosate est seulement efficace chez un patient sur 2 ou un patient sur 3 et doit rester réservé aux patients qui ont réussi leur sevrage.

Effets secondaires: Diarrhées, céphalées et prurit.

Contre-indications: Grossesse, allaitement, créatinine sérique > 120 mmol/l, insuffisance hépatique grave.

Posologie et coût journalier d'une thérapie: CHF 2.75 en cas de 3x2 cp à 333 mg (état: mars 2014).

Baclofène (Lioresal®)

Effet: Le baclofène est un agoniste du récepteur GABA B qui est impliqué au niveau du système nerveux central dans le circuit dit de «la récompense».

Commentaire: Le médicament est autorisé pour le traitement de la spasticité musculaire en cas de sclérose en plaques mais non pour la dépendance à l'alcool, il est donc

utilisé en Suisse sans label. Or, dans d'autres pays (la France par exemple), il est prescrit pour cette indication. Le médecin français, Olivier Ameisen, lui-même alcoolodépendant, a découvert par hasard que le baclofène pouvait diminuer le besoin de boire de l'alcool. Avec une posologie de 270 mg – par rapport à la dose maximale de 80 mg/jour recommandée par le fabricant – il ne ressentait plus aucune envie de boire.

Effets secondaires: Fatigue et somnolence (10,2%), nausées (10,9%), étourdissement, faiblesse, vertige, céphalées, insomnie, ataxie, tremblements, sécheresse buccale, troubles gastro-intestinaux, nausées, vomissements, diarrhées. Une diminution du seuil épileptogène et des crises est possible, notamment chez les patients épileptiques.

Coût (en règle générale, le médicament n'est pas pris en charge par l'assurance-maladie): Coût journalier d'une thérapie de CHF 2.90 en cas de dose maximale recommandée par le fabricant de 80 mg (état: mars 2012).

Disulfirame (Antabus®)

Effet: Le disulfirame, en inhibant l'alcool déshydrogénase, fait que l'alcool ne peut être totalement éliminé, ce qui entraîne une augmentation de la concentration du produit intermédiaire toxique qu'est l'acétaldéhyde. L'effet aversif de l'interaction alcool-disulfirame qui s'ensuit, ou syndrome de «Flush» (céphalées, bouffées de chaleur, visage rouge, nausées), est censé empêcher le patient de continuer à boire.

Commentaire: A cause de l'effet souhaité mais qui n'est pas sans danger, le médicament est considéré aujourd'hui comme obsolète. Il n'est plus commercialisé dans l'Union européenne, mais il est encore disponible en Suisse. A noter que le «test de réaction» autrefois pratiqué est strictement déconseillé, aussi bien par les médecins que par le fabricant.

Contre-indications: Manies aiguës, psychoses, suicidalité, troubles de la fonction hépatique (transaminases, phosphatase alcaline, GGT > 3 fois supérieures aux valeurs normales); épilepsie; polyneuropathie périphérique; grossesse; affections rénales ou cardiaques.

Interactions: Le disulfirame renforce l'effet des médicaments anti-coagulants et celui du phénytoïne. L'association avec le métronidazole peut entraîner des états confusionnels. Inhibition du cytochrome P-450 (interaction avec certains benzodiazépines).

Action: Avant de prendre le médicament pour la première fois, le patient doit rester abstinent pendant trois jours. Il doit en outre signer une notice explicative. La durée de

thérapie est à définir individuellement et peut aller de quelques mois à plusieurs années.

Coût journalier: Moins de CHF 1 (état: mars 2014).

Nalméfène (Selincro®)

Effet: Le nalméfène est un ligand sélectif des récepteurs opioïdes. D'après les études in vivo, le nalméfène permet de réduire la consommation d'alcool.

Commentaire: Réduction de la consommation d'alcool chez les patients adultes souffrant d'une dépendance à l'alcool, dont la consommation d'alcool «se situe à un niveau de risque élevé» (>60 g/jour pour les hommes; >40 g/jour pour les femmes), qui ne présentent aucun symptôme de sevrage et pour qui aucune désintoxication immédiate n'est nécessaire/possible. Le nalméfène n'est pas destiné aux patients dont l'objectif thérapeutique est une abstinence immédiate. Il peut être administré pour la réduction des récurrences et/ou la diminution de la quantité consommée en raison de l'atténuation des effets «de récompense» de l'alcool.

Le traitement par nalméfène visant à réduire la quantité consommée n'est pas une alternative pour les patients alcoolodépendants qui obtiennent de bons résultats avec un traitement axé sur l'abstinence. L'autorisation de ce concept thérapeutique accroît néanmoins les possibilités d'aider des patients qui ne sont pas (encore) prêts à envisager l'abstinence. Dans l'idée d'une approche par étapes («stepped care»), la réduction de la quantité consommée, sans soutien médicamenteux dans un premier temps, puis avec un traitement médicamenteux dans un second temps, permet d'élargir les perspectives thérapeutiques (Kiefer & Dinter 2013).

Contre-indications: Traitement d'antalgiques opioïdes, dépendance aux opioïdes ou symptômes de sevrage aux opioïdes; insuffisance hépatique sévère ou atteinte sévère des fonctions rénales.

Posologie/action: Le nalméfène est absorbé selon les besoins: lorsque le patient presse le risque de boire de l'alcool, il devrait prendre un comprimé dans l'heure ou les deux heures précédant l'absorption de l'alcool, ou lorsque le patient a déjà commencé à boire de l'alcool, il devrait prendre un comprimé. La dose maximale est d'un comprimé (18 mg) par jour.

Effets secondaires: Diminution de l'appétit, insomnie, troubles du sommeil, état confusionnel, agitation, troubles de la libido, vertiges, céphalées, somnolence, tremblements, troubles de l'attention, paresthésies, hypoesthésie, tachycardies, palpitations, nausées, vomisse-

ments, sécheresse buccale, sudations excessives, spasmes musculaires, fatigue.

Autorisation et coût journalier: Selincro® est autorisé dans les pays de l'Union européenne depuis 2013 et en Suisse depuis 2014. Son prix n'était pas encore connu au moment de la mise sous presse.

Naltrexone (Naltrexin®)

Effet: La naltrexone est un antagoniste opioïde μ , qui agit contre le «craving» (envie irrésistible de la substance) en bloquant la libération de la dopamine dans le système limbique.

Commentaire: La naltrexone est autorisée en tant que soutien médicamenteux du traitement de désaccoutumance après la désintoxication réussie des personnes dépendantes aux opioïdes ou à l'alcool. Ce médicament peut être administré pour la réduction des récurrences et/ou la diminution de la quantité consommée en raison de l'atténuation des effets «de récompense» de l'alcool. Le patient doit être informé de l'action produite en cas de consommation des opioïdes et de l'opiatanalgie pour le traitement de la douleur. Certains patients traités par naltrexone se sont plaints d'un étourdissement prononcé et des vertiges, dans ces cas, la capacité de conduire et d'utiliser des machines était considérablement limitée.

En cas de rechutes limitées dans le temps, le traitement par Naltrexin® ne doit pas être interrompu, contrairement au traitement par Antabus®, vu l'absence d'interactions marquées.

Contre-indications: Hépatite aiguë, insuffisance hépatique sévère. Attention! En cas de consommation actuelle ou récente d'opioïdes ou en cas d'un traitement de douleur sous opioïdes, un syndrome de sevrage aux opioïdes est brusquement déclenché.

Posologie: 1 cp à 50 mg par jour. Un traitement initial de 1/2 cp par jour pendant au moins 1 semaine.

Effets secondaires: Très fréquents: céphalées, troubles du sommeil, agitation, nervosité mais aussi souvent anxiété, découragement, irritabilité, dépressions et sautes d'humeur; vertiges, soif, fatigue, étourdissement, frissons, transpiration accrue.

Coût: En cas d'administration conforme au schéma de posologie de 1 cp à 50 mg/jour, le coût journalier s'élève à CHF 3.80 (état: mars 2014).

FIXER DES OBJECTIFS

Cette étape pourrait également se nommer «Entretien motivationnel bref». Elle consiste à aider le patient à augmenter sa motivation à procéder aux changements à l'aide de techniques simples.

- a) Avant toute chose, demander au patient ce qu'il pense faire. Le fait que ce soit le patient qui décide et le fait qu'il communique sa décision au médecin augmentent la probabilité de la mise en acte (motivation majeure).
 - b) Demander de préciser les objectifs jusqu'à ce que vous soyez sûr d'avoir compris exactement et sans ambiguïté, ce que le patient entend faire. Ceci l'aidera à fixer des objectifs clairs et précis, donc plus motivants. Veiller également à ce que les objectifs restent réalistes. Cela permet aussi de prévenir toutes modifications ultérieures lors des inévitables moments de faiblesse.
 - c) Rester très attentif aux communications non verbales du patient: toute discordance entre ce qu'il dit et le ton de la voix, ses gestes, ses expressions, est significative de la présence de résistances. Demander au patient ce qui le freine exactement, quelles sont les difficultés qu'il entrevoit, quels doutes passent par sa tête, etc. Vous l'aidez ainsi à se concentrer sur les difficultés futures.
 - d) Retourner au premier point mentionné: demander ce qu'il compte faire pour surmonter les obstacles...
- Lorsqu'un patient se dit dans l'impossibilité de trouver des solutions pour résoudre ses difficultés, il arrive qu'il demande aide et conseils au médecin. La tentation d'offrir des solutions toutes faites peut être grande, mais il vaut mieux y renoncer. Cela constitue souvent une stratégie de déresponsabilisation inconsciente du patient, une tentative pour démontrer qu'il n'arrive pas à résoudre ses difficultés, même avec l'aide de son excellent médecin. Pour éviter ce piège, encouragez-le, par vos questions, à continuer à chercher ou donner-lui un éventail de solutions, tout en laissant sous-entendre qu'il y en a encore d'autres. Ainsi, il pourra choisir, se responsabiliser et prendre confiance.
 - Le découragement du patient influence grandement son état motivationnel: personne ne peut se sentir motivé à faire des efforts pour une chose à laquelle il ne croit pas! Si le patient se sent incapable d'atteindre l'objectif désiré, il y renoncera, tout simplement. Le médecin doit tout faire pour éviter la résignation qui entraîne un immobilisme.
 - Encouragez en reformulant et en soulignant toutes les affirmations du patient prêt à changer: «Ce n'est pas la première fois que vous affrontez des situations difficiles»; «Dans les moments de difficultés vous avez souvent trouvé des ressources insoupçonnées», etc.

LA MAÎTRISE DE L'INTERVENTION BRÈVE

Vous semblez être à l'aise avec l'ensemble de la démarche. Cela signifie que vous allez pouvoir adapter votre façon de faire à chaque patient et à ses différents problèmes, démarrer votre intervention en fonction de l'étape dans laquelle il se situe. Observez votre activité en intervention brève et vous allez découvrir que vous dépistez maintenant beaucoup plus de patients à risque et que vous êtes capable de les aider à changer leur consommation d'alcool sans que cela vous prenne trop de temps. Vous reconnaîtrez aussi assez vite les situations de dépendance, pour lesquelles l'aide d'un spécialiste est nécessaire, ainsi que celles dans lesquelles les patients ne sont pas prêts à changer quoi que ce soit. Dans ce dernier cas, vous ne perdrez plus d'énergie et de temps en insistant inutilement, mais reprendrez plus tard le problème afin de voir si les choses changent avec le temps.

L'acronyme **FRAMES**, utilisé dans de nombreux textes se rapportant aux interventions brèves, résume bien les différents «ingrédients» à utiliser pour sa réussite:

- F:** Feedback of personal risk: commentaire sur les risques de la consommation d'alcool personnelle du patient
- R:** Responsibility of the patient: travailler sur le sens des responsabilités du patient face à sa consommation d'alcool
- A:** Advice to change: induire, recommander et soutenir le changement de comportement
- M:** Menu of ways to reduce drinking: élaborer avec le patient les différentes solutions permettant de réduire une consommation d'alcool à risque, l'aider à faire des choix
- E:** Empathetic counselling style: conseil de type empathique, c'est-à-dire partage de pensées, d'actions et d'émotions au cours d'un entretien
- S:** Self-efficacy: aider le patient à avoir confiance en sa capacité de changer, à améliorer son estime de soi.

BIBLIOGRAPHIE: POUR EN SAVOIR PLUS

Cette partie respecte le même schéma que les deux précédentes en fournissant des références bibliographiques commentées pour chaque étape de l'intervention brève. Le choix des références mentionnées, inspiré des questions les plus souvent posées lors de nos ateliers de formation continue et de nos conférences, ne prétend à aucune exhaustivité. Les références ont été actualisées dans la mesure du possible et du raisonnable.

LA SITUATION DE DEPART

L'insuffisance toujours persistante de la prise en charge de patients alcoolodépendants en Europe

Rehm J., Shield K. D., Rehm M. X., Gmel G., Frick U. **Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe – Potential gains from effective interventions for alcohol dependence.** Centre for Addiction and Mental Health, 2012. www.camh.net

Ce rapport exhaustif sur la situation de la problématique de l'alcool en Europe mettra de nouveau en évidence que la prise en charge des patients concernés est toujours insuffisante. La proportion des alcoolodépendants recevant un traitement n'a toujours pas franchi la barre des 10%, ce qui explique les très graves conséquences pour la santé. Les auteurs soulignent la pertinence de l'intervention brève pour les buveurs à risque et le traitement par sevrage pour les personnes dépendantes à l'alcool. Ils vont même un peu plus loin en présentant un modèle qui pourrait permettre à 40% de tous les alcooliques d'accéder à un traitement. L'intérêt des différentes approches thérapeutiques y est extrapolé sur la base d'études randomisées qualitativement bien conçues (Cochrane Reviews, méta-analyses, etc.). L'approche qui a démontré le plus grand potentiel pour réduire la mortalité est celle qui associe notamment un traitement médicamenteux avec une intervention brève pendant une hospitalisation. Plus de 11 000 vies sauvées en Europe, rien qu'au cours de la première année, pourraient en résulter!

OUVRIR LE DIALOGUE

La communication dans la médecine au quotidien: Guide pratique.

Académie Suisse des Sciences Médicales ASSM 2013.
<http://www.samw.ch/fr/Publications/Guides-pratiques.html>

(Cette brochure peut être obtenue gratuitement auprès de l'ASSM.) Le guide pratique présente de manière claire et relativement concise sur 70 pages les domaines suivants: les bases de la communication, les techniques d'entretien, l'initiation à des entretiens spécifiques, dont sous le point 3.6. «Aborder des sujets délicats: l'alcoolisme».

Le médecin praticien a-t-il un rôle à jouer dans la prévention en général?

Barzilai D. A., Goodwin M. A., Zyzansky S. J., Stange K. C. **Does health habit counselling affect patient satisfaction?** *Prev Med* 2001; 33: 595–599.

Certains praticiens, tout en reconnaissant le rôle important qu'ils peuvent jouer en prévention des maladies, craignent que les patients soient dérangés par les questions concernant leurs habitudes de vie. Cette étude menée auprès de 2459 adultes consultant leur médecin de famille montre que ce n'est pas le cas et qu'au contraire, par exemple, au sujet du tabagisme, ils sont particulièrement satisfaits que le sujet soit abordé.

Le médecin praticien a-t-il un rôle à jouer dans la prévention d'alcool?

Bradley K. A. **The primary care practitioner's role in the prevention and management of alcohol problems.** *Alcohol Health & Research World* 1994; 18(2): 97–104.

Cet article décrit de façon détaillée le rôle que peuvent jouer les médecins praticiens dans le dépistage et le traitement des patients qui présentent des problèmes d'alcool. La différenciation entre patients dépendants, abusant de l'alcool ou à risque est bien décrite et des pistes sont proposées pour chaque situation. L'auteur souligne l'importance de l'implication du médecin de premier recours pour la prévention des problèmes d'alcool.

Pourquoi est-il difficile de parler d'alcool avec ses patients?

Aira M. et al. **Factors influencing inquiry about patient's alcohol consumption by primary health care physicians.** *Fam Pract* 2003; 20(3): 270–275.

Il semble plus aisé pour les médecins de parler du tabagisme avec leurs patients que de la consommation d'alcool. Les problèmes liés à la consommation d'alcool sont toujours fortement associés à la dépendance et ne sont pas considérés comme une habitude de vie représentant un risque pour la santé. Il n'est donc pas étonnant de voir ces résultats, obtenus à travers des entretiens semi-structurés, qui décrivent les obstacles pour parler d'alcool au

cours d'une consultation: sujet délicat, manque d'outils pour l'entretien, manque de temps, attentes, etc.

Quelles sont les interventions les plus efficaces pour ouvrir le dialogue sur la prévention?

Hulscher M. E. J. L., Wensing M., van der Weijden T., Grol R. Interventions to implement prevention in primary care (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 4. Oxford: update software 2001.

L'objectif de cette revue systématique est l'évaluation des effets des interventions visant à améliorer le dialogue sur la prévention en médecine de premier recours. 55 études randomisées, englobant 2000 professionnels et 99 000 personnes, ont été analysées. Les résultats sont très variables et ne permettent pas de dire qu'un type particulier d'intervention a un meilleur effet qu'un autre. Toutefois, les interventions à facettes multiples ont plus de chance de faire tomber les résistances des patients qu'une intervention d'un seul type. Les barrières mises en place par les patients méritent d'être mieux connues afin d'adapter les interventions.

POSER LE DIAGNOSTIC

Manuel sur l'AUDIT

Babor T., Higgins-Biddle J.C. Saunders J.B. Monteiro M.G. The Alcohol Use Disorders Identification Test – Guidelines for Use in Primary Care. Second Edition WHO/MSD/MSB/01.6a (2001). http://www.talkingalcohol.com/files/pdfs/WHO_audit.pdf

Ce manuel, qui peut être obtenu en ligne sur Internet, décrit de façon très claire et très complète ce qu'est le dépistage par l'AUDIT, son utilisation, son interprétation. Cette méthode a sélectionné les items qui permettent de distinguer les consommateurs à risque des gros buveurs. Elle a été créée pour permettre leur dépistage précoce, il ne faut toutefois pas la confondre avec un test diagnostic.

CAGE ou AUDIT?

Bradley K. A., Bush R. K., McDonell M. B., Malone T., Fihn S. D. (1998). Screening for problem drinking: comparison of CAGE and AUDIT. Ambulatory care quality improvement project (ACQUIP). Alcohol use identification test. J Gen Intern Med; 13(6): 379–388.

Ce travail a évalué la force de dépistage des problèmes liés à l'alcool à l'aide des questionnaires CAGE, AUDIT et CAGE avec trois questions supplémentaires. L'AUDIT s'est montré l'outil le plus efficace pour identifier une consommation à risque, un abus ou une dépendance à l'alcool.

Les 3 meilleures questions de l'AUDIT

Gordon A. J., Maisto S. A., McNeil M., Kraemer K. L., Conigliaro R. L., Kelley M. E., Conigliaro J. (2001). Three questions can detect hazardous drinkers. J Fam Pract; 50(4): 313–320.

Les chercheurs ont comparé la force de dépistage d'une consommation à risque avec l'AUDIT complet (10 questions), AUDIT-C (les trois premières questions) et la troisième question de l'AUDIT seule. L'étude a été menée

auprès d'une population de 13 438 patients consultant 12 services de médecine de premier recours. La version AUDIT-C dépiste les buveurs à risque aussi bien que l'AUDIT complet, raison pour laquelle les auteurs recommandent son utilisation comme test de dépistage initial.

Le dépistage d'une consommation d'alcool à risque chez la personne âgée

Moore A. A., Beck J. C., Babor T. F., Hays R. D., Reuben D. B. Beyond alcoholism: identifying older, at-risk drinkers in primary care. J Stud Alcohol 2002; 63(3): 316–324.

Cet article aborde la question du dépistage d'une consommation à risque chez la personne âgée. Il compare l'AUDIT avec le questionnaire ARPS (alcohol related problems survey, 60 items) et sa version raccourcie SHARPS (32 items). Même si l'AUDIT reste un outil sensible pour dépister les buveurs à risque âgés, les deux autres questionnaires présentent un meilleur rendement du fait qu'ils interrogent la consommation d'alcool en relation avec la co-morbidité, les symptômes et l'usage des médicaments. Toutefois, l'inconvénient de leur longueur semble rendre difficile une large utilisation.

INFORMER LE PATIENT

Un verre de vin ne peut pas faire de mal...?

Marmet S., Gmel G. (sen), Gmel G. (jun), Frick H., Rehm J., Shield K.D. Alcohol-attributable mortality in Switzerland between 1997 and 2011. Lausanne: Addiction Suisse 2013. <http://www.suchtmonitoring.ch/library/pdf/19c838d2e4123>

Addiction Suisse précise en ce qui concerne les effets protecteurs de l'alcool rapportés, que la consommation d'alcool en quantité légère à modérée produit certes des effets protecteurs contre certaines maladies (diabète sucré; cardiopathies ischémiques; infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral et autres attaques ischémiques), mais uniquement à condition qu'aucun épisode de consommation excessive ne vienne interrompre cette consommation légère à modérée. A noter en outre que cet effet protecteur de l'alcool contre certaines maladies est probablement compensé par sa nocivité pour d'autres maladies. D'autant plus que des études récentes mettent l'origine de cet effet protecteur en question et s'interrogent si celui-ci est vraiment dû à l'alcool ou si d'autres facteurs (tels que le style de vie) n'en seraient pas plutôt à la base. Le risque relatif de mourir d'une maladie dont l'alcool est entièrement ou partiellement la cause, augmente faiblement pour la plupart des maladies lorsque sa consommation se limite à deux ou trois boissons standard par jour. En présence d'une consommation supérieure, ce risque s'accroît plus fortement. A noter aussi que les femmes sont exposées à des risques nettement plus élevés que les hommes, à consommation égale. Quant au développement de maladies hépatiques plus particulièrement, il est également important de connaître la fréquence de la consommation: est-il consommé tous les jours ou presque, ou y-a-il au moins deux jours d'abstinence par semaine?

La courbe en U, relations entre une consommation modérée et la mortalité

Marmot M., Brunner E. Alcohol and cardiovascular disease: the status of the U shaped curve. *BMJ* 1991; 303(6802): 565–568.

C'est l'article le plus connu qui met en évidence la relation entre la quantité d'alcool consommé et la mortalité globale, sous forme d'une courbe en U ou en J. À partir de deux à quatre verres d'alcool consommés par jour, la mortalité globale augmente (cancer, accidents, maladies digestives, suicide, etc.) même si une consommation plus importante semble encore protéger des maladies cardiovasculaires.

Vin, alcool fort, bière et mortalité

Klatsky A. L., Friedman G. D., Armstrong M. A., Kipp H. Wine, liquor, beer, and mortality. *Am J Epidemiol.* 2003 Sep 15; 158(6): 585–595.

Partant du constat qu'une consommation modérée d'alcool a un effet légèrement favorable sur la mortalité, les auteurs cherchent à mettre en évidence les effets différents du vin, des alcools forts et de la bière. Une cohorte de près de 130 000 adultes, suivis pendant sept ans, constitue leur population d'observation. Conclusion: la consommation de vin en faible quantité a plus d'effet sur la réduction de la mortalité qu'une consommation de bière ou d'alcool fort.

Consommation d'alcool modérée et défense immunitaire

Diaz L. E., Montero A., Gonzalez-Gross M., Vallejo A. I., Romeo J., Marcos A. Influence of alcohol consumption on immunological status: a review. *Eur J Clin Nutr* 2002; 56 (Suppl 3): S50–53.

Cette revue présente et discute les effets de différents degrés de consommation d'alcool sur le système immunitaire. Une consommation modérée (environ 20 g d'alcool pour l'homme, 10 g d'alcool pour la femme) de boissons alcoolisées contenant des antioxydants comme le vin rouge apporte une protection contre les lésions des cellules immunitaires. On retrouve donc la courbe U ou J suggérant l'effet protecteur d'une consommation modérée aussi sur le système immunitaire.

Site thématique de l'OFSP concernant l'alcool

<http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/index.html?lang=fr>

«Alcool – (aucun) problème»

disponible en 11 langues

<http://shop.addictionsuisse.ch/fr/61-types-de-support>

Informations sur l'alcool pour les personnes âgées, leur entourage et les professionnels prenant en charge, accompagnant ou conseillant au quotidien des personnes âgées: www.alterundsucht.ch/fr

TESTER LA MOTIVATION DU PATIENT ET LE MOTIVER

Le coaching de santé en Suisse

Neuner-Jehle S., Schmid M., Grüninger U. The «Health Coaching» programme: a new patient-centred and visually supported approach for health behaviour change in primary care. *BMC Family Practice* 2013; 14: 100. <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/14/100>

Le Collège de médecine de premier recours publie un rapport sur le test pratique étendu, passé et réussi («Proof-of-Concept-Studie») du projet Coaching-Santé. Entre 2009 et 2011, 20 cabinets médicaux du canton de Saint-Gall ont été observés pendant 12 mois avec près de 1000 patients. Presque tous les patients approchés (91%) ont accepté d'y participer et 60% à 80% ont aussi collaboré pour chacune des étapes suivantes, au nombre de quatre en tout.

Au fur et à mesure de la progression du coaching de santé, les patients ont de plus en plus pris conscience, qu'ils pouvaient aussi prendre leur propre santé en main, et quels changements dans leur propre comportement ou dans leur cadre de vie étaient nécessaires pour améliorer leur santé. La motivation, la volonté et la confiance de réussir à changer ont augmenté de la même manière. La majorité des patients qui se sont fixé un objectif et ont travaillé à sa réalisation jusqu'à la phase 4 (37% des débutants), ont constaté une amélioration objective.

L'acceptation des patients et des médecins pilotes était très élevée. Les patients ont salué l'initiative du médecin et apprécié le coaching de santé comme un élément important de l'offre qu'ils aimeraient trouver à l'avenir chez leur médecin praticien. L'intégration dans le quotidien du cabinet médical a été estimée comme très faisable, et la satisfaction professionnelle des médecins a augmenté de manière réjouissante grâce au travail avec les patients.

Le concept de base de l'entretien motivationnel

Miller W. R., Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people for change*. 2nd ed. New York Guilford Press 2002.

La technique de l'intervention brève s'inspire du concept de l'entretien motivationnel (EM). Le livre retrace non seulement l'histoire de l'EM, mais explique aussi cette méthode qui permet de structurer la relation soignant-soigné: écoute active, respect de l'ambivalence du patient, aide pour augmenter sa confiance en lui-même afin de favoriser un changement comportemental. Ce livre fait référence à de nombreuses études de cas.

L'entretien motivationnel dans le cabinet médical

Rollnick S., Mason P., Butler C. *Health behavior change. A guide for practitioners*. Churchill Livingstone: Harcourt Publishers Limited 1999.

La méthode de l'entretien motivationnel élaborée dans le contexte des abus de substances addictives est ici transposée dans la médecine de premier recours. Elle s'adapte à toutes les situations qui demandent un effort de changement de comportement des patients (maladies chroniques, compliance médicamenteuse, etc.). Le livre est construit à partir d'études de cas.

Deux sites Internet

<http://www.motivationalinterview.org/>: site international qui propose une bibliographie exhaustive sur le sujet ainsi que des stages de formation.

<http://www.motivationalinterviewing.ch/>: site suisse de l'association pour la promotion de l'entretien motivationnel adapté au contexte local et régional.

La méthode de l'«entretien motivationnel» est décrite plus en détail dans l'article «Tanzen statt kämpfen» (Danser au lieu de lutter) paru en allemand dans *Ars Medici* 7/2006. <http://www.fosumos.ch/index.php/fr/entretien-motivationnel>

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX DE SOUTIEN**Quels médicaments empêchent les personnes alcoolodépendantes de boire?**

Jonas D. E., Amick H. R., Feltner C. et al. *Pharmacotherapy for adults with alcohol use disorders in outpatient settings: a systematic review and meta-analysis*. *JAMA* 2014; 311(18): 1889–1900 (résumé en allemand par S. Markun sur www.evimed.ch, Horten-Zentrum)

L'étude systématique de plus de 120 travaux dans le domaine de la pharmacothérapie, satisfaisants du point de vue méthodologique, confirme ce que nous savons déjà: tant la naltrexone que l'acamprosate réduisaient significativement le nombre des patients nécessitant un traitement complémentaire (NNT = number needed to treat) (NNT pour la naltrexone = 20, pour l'acamprosate = 12); leur efficacité s'avère donc comparable aux traitements d'autres troubles chroniques. Près de la moitié de toutes les recherches concernent ces deux substances. Les attentes relatives aux nouveaux groupes de substances sont justifiées. Or, de nombreuses études analysées dans cette étude comprenaient aussi des interventions psychosociales, mais dont il a été fait abstraction. Indirectement, il en ressort également à quel point de telles mesures d'accompagnement sont toujours sous-estimées à l'heure actuelle. C'est là que notre guide prend la relève.

FIXER LES OBJECTIFS**Écouter le patient pour savoir ce qu'il veut vraiment s'il avait le choix**

Adamson S. J., Heather N., Morton V., Raistrick D. *Initial Preference for Drinking Goal in the Treatment of Alcohol Problems: II. Treatment Outcomes*. *Alcohol & Alcoholism* 2010; 45(2): 136–142.

Cette étude fait partie de l'UKATT (United Kingdom Alcohol Treatment Trial), avec pour objectif la comparaison des traitements motivationnels, qui avaient été adaptés en fonction de l'intention du patient, soit d'arrêter toute consommation d'alcool soit de la réduire d'abord. Les patients qui ciblaient l'abstinence étaient plus nombreux que ceux qui voulaient d'abord réduire. Toutefois, ces derniers ont également fini par atteindre leur but, même si cela était moins évident à constater. L'étude souligne l'importance d'évaluer ensemble avec le patient quels sont vraiment ces intentions et adapter les objectifs en fonction – vous trouverez la méthode correspondante dans le présent guide.

L'objectif thérapeutique de l'abstinence versus diminution de la consommation d'alcool

Ambrogne J. A. *Reduced-risk drinking as a treatment goal: what clinicians need to know*. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2002; 22: 45–53.

Cet article aborde la question de savoir quels sont les avantages si, lors du traitement de patients ayant un pro-

blème d'alcool, l'objectif n'est pas seulement l'abstinence totale mais aussi, dès le début, une réduction de la consommation d'alcool dans un premier temps. Il s'agit là d'une étape qui s'inscrit dans la continuité du traitement. L'auteur décrit de façon claire les expériences scientifiques des trente dernières années. Elle met également en exergue l'importance d'enseigner aux professionnels de santé des méthodes telles que celle de l'intervention brève et de les mettre en pratique aussi souvent que possible. Plus le patient est amené à participer à la décision, meilleurs seront les résultats. Et, plus le sujet de la consommation d'alcool sera déjà abordé par le médecin de premier recours, plus tôt les patients seront motivés à réduire le risque. En conclusion, l'auteur souligne l'importance d'un traitement de ces patients grâce à une démarche bien définie et structurée, à l'instar de ce que le présent guide vise à faire comprendre.

MAÎTRISER L'INTERVENTION BRÈVE

Succinct mais précis – le guide américain sur l'intervention brève avec des documents pratiques concernant le dépistage et le suivi en annexe

U.S. Department of Health & Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Helping Patients Who Drink Too Much – a clinician's guide*. Updated 2005 Edition

Pourquoi citons-nous ce guide paru il y a une dizaine d'années? Aucun autre document présenté ici n'est rédigé d'une manière aussi concise et pragmatique. Comportant 7 pages seulement, ce guide illustre à l'aide de diagrammes de flux la façon de procéder que nous avons décrite. Il contient aussi en annexe des outils cliniques, notamment le questionnaire AUDIT de l'OMS, des informations sur le recours aux médicaments chez des patients ayant une consommation problématique, des formulaires pour simplifier le suivi du traitement médicamenteux chez des patients alcoolodépendants. Dans une autre section, les auteurs ont ajouté du matériel d'information à destination des patients, par exemple, comment déterminer la quantité de la consommation, quelles stratégies permettent de diminuer la consommation, etc. Et, enfin, le dernier chapitre est dédié à la foire aux questions ou *Frequently Asked Questions* qui se posent dans la pratique clinique face à des patients dont la consommation d'alcool présente un risque.

Intervention brève – un guide allemand

Centre fédéral pour l'éducation à la santé, Bzga. *Intervention brève auprès des patients souffrant de problèmes liés à l'alcool. Un guide de conseil destiné aux médecins praticiens*. BZgA, Cologne 2009.

<http://www.bzga.de/infomaterialien/alkoholpraevention/kurzintervention-bei-patienten-mit-alkoholproblemen/>

Ce guide pratique un peu plus détaillé s'adresse en première ligne aux médecins de ville et plus particulièrement aux médecins généralistes, et propose une aide pratique au diagnostic d'une consommation d'alcool à risque, d'une consommation d'alcool nocive (abusive) et de l'alcoolodépendance d'une part, mais aussi pour la mise en œuvre des différentes étapes de conseil et de traitement. La structure de l'ouvrage correspond au concept que nous avons déjà choisi en 2004. Malgré sa centaine de pages, ce guide se lit rapidement (3 heures environ), grâce à sa présentation claire, une progression par étapes, avec des exemples concrets, les références des brochures destinées aux patients mentionnées, la possibilité d'approfondir certains points plus tard (notamment en ce qui concerne l'intervention brève) ainsi qu'une annexe exhaustive. En matière de diagnostic, il mentionne certes les questions du questionnaire AUDIT, mais sans les désigner comme telles et sans en fournir l'exploitation. En revanche, il approfondit les diagnostics d'abus d'alcool et d'alcoolodépendance et présente les questions du test ScreeT-9 de manière détaillée. Les interventions sont réparties en fonction des objectifs: consommation à risque, consommation nocive, alcoolodépendance.

SUR L'EFFICACITÉ DE L'INTERVENTION BRÈVE DANS LA MÉDECINE DE PREMIER RECOURS

Efficacité de l'intervention brève pratiquée suite à un dépistage systématique

Beich A., Thorsen T., Rollnick S. *Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis*. *BMJ* 2003; 327: 536–542.

Ce travail reprend les différentes études randomisées menées et fréquemment citées ces dernières années pour les soumettre à une analyse critique.

Efficacité durable en considérant le facteur bénéfice-coût

Fleming M.F., Mundt M.P., French M.T., Baier Manwell L., Stauffacher E.A., Lawton Barry K. **Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis.** *Alcohol Clin Exp Res* 2002; 26: 36–43.

Cette étude montre que les interventions brèves menées par des médecins généralistes permettent non seulement de faire des économies, mais aussi d'améliorer la qualité de vie des personnes concernées et de diminuer certains risques considérables pour la société. La taille de la cohorte (482 hommes et 292 femmes sélectionnés parmi les patients de 64 médecins de famille) est cependant relativement limitée et les événements négatifs occasionnés par l'alcool sont rapportés par les patients eux-mêmes. Une sous-estimation des coûts pourrait en résulter.

Promouvoir largement le recours à l'intervention brève – est-ce un bon calcul?

Lindholm L. **Alcohol advice in a primary health care – is it a wise use of resources?** *Health Policy* 1998; 45: 47–56.

Cette étude mesure le rapport coût-efficacité ou l'efficacité des conseils médicaux relatifs à la consommation d'alcool. Les calculs sont basés sur les résultats de deux programmes hypothétiques d'interventions tirés de plusieurs publications en la matière. La première intervention comprend les consultations médicales (maximum 5) de patients de cinq cabinets médicaux pendant une année, avec le but de réduire la consommation d'alcool d'élevée à modérée (exemple tiré de l'étude de Wallace P., 1988), la deuxième analyse les consultations médicales chez 25 médecins généralistes sur une période de cinq ans.

Le calcul démontre qu'une intervention brève avec dépistage précoce, suivie d'une à deux consultations médicales, est efficace si l'effet durable atteint environ 1 pour cent des patients. Si l'effet durable atteint 5 à 10 pour cent des patients, une intervention sur 25 visites est également efficace. En ayant recours à des infirmières dont le salaire est plus bas, on peut augmenter le nombre d'interventions pour la même efficacité, mais dans ce cas, il faudrait encore pouvoir comparer l'efficacité du conseil de l'infirmière par rapport à celle du médecin.

Le suivi de patients présentant des problèmes de santé dus à l'alcool a son importance

Wutzke S.E., Conigrave K.M., Saunders J.B., Hall W.D. **The long-term effectiveness of brief interventions for unsafe**

alcohol consumption: a 10-year follow-up. *Addiction* 2002; 97: 665–675.

Cette étude visait à comparer les effets à long terme de trois types d'interventions (simple avis, intervention brève et intervention étendue), d'une durée de 5 à 60 minutes, auprès de patients présentant une consommation d'alcool à risque.

495 sujets sur 554 (89,4 pour cent) ont fait l'objet d'un entretien pour faire le point au bout de 9 mois. 10 ans plus tard, 370 (66,8 pour cent) acceptent une nouvelle entrevue, 38 (6,9 pour cent) la refusent et 25 (4,5 pour cent) sont décédés. L'impact sur la consommation d'alcool constaté neuf mois après l'intervention est considérable et ceci indépendamment du type de l'intervention et de son intensité par rapport au groupe contrôle: nous observons une diminution de 31,4 pour cent du nombre de consommateurs à risque dans les groupes d'intervention contre 8,4 pour cent dans le groupe contrôle. Cette différence n'existe plus 10 ans plus tard. Cela signifie qu'un suivi régulier est nécessaire pour que l'effet perdure.

Une étude suisse démontre le mode d'action de l'intervention brève telle qu'elle est appliquée dans la médecine de premier recours auprès des consommateurs d'alcool à risque

Bertholet N., Daeppen J.B., Wietlisbach V., Fleming M., Burnand B. **Reduction of Alcohol Consumption by Brief Alcohol Intervention in Primary Care – Systematic Review and Meta-analysis.** *Arch Intern Med.* 2005; 165: 986–995.

Dans le cadre de cette analyse systématique concernant l'évidence scientifique de l'efficacité de l'intervention brève dans la médecine de premier recours, les auteurs ont choisi un point de départ pertinent pour la médecine de premier recours. Ainsi, ils n'ont retenu que des études qui évaluaient l'impact de l'intervention brève chez des patients dont le motif de la consultation n'était pas spécialement lié à leur problème d'alcool. Ces travaux sont également mentionnés par le professeur Kiss dans son tour d'horizon critique de la littérature, qui figure en annexe du présent guide. Sans oublier qu'ils ont été publiés par nos collègues de Lausanne qui connaissent parfaitement la situation de la médecine de premier recours en Suisse.

Bien structuré, cet ouvrage est facile à lire. Il compare de manière très claire les différentes études et, grâce à son champ relativement restreint, il a même pu procéder à des comparaisons arithmétiques (méta-analyse). L'intervention brève est efficace aussi bien pour les hommes que

pour les femmes et permet de diminuer considérablement la consommation hebdomadaire d'alcool, même au bout d'une année. A noter qu'un groupe de scientifiques a présenté en 2009 les résultats de leur revue systématique similaire qui confirme cette conclusion, même au regard d'études plus récentes (Kaner E. F. S., Dickinson H. O., Beyer F., Pienaar E., Schlesinger C., Campbell F., Saunders J. B., Burnand B., Heather N. The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: A systematic review. *Drug and Alcohol Review* 2009;28:301-323. DOI: 10.1111/j.1465-3362.2009.00071.x).

Pas de précipitation lorsque l'intervention brève concerne des patients alcoolodépendants

Saitz R. Alcohol screening and brief intervention in primary care: Absence of evidence for efficacy in people with dependence or very heavy drinking. *Drug and Alcohol Review* 2010; 29: 631-640.

DOI: 10.1111/j.1465-3362.2010.00217.x

Cet expert en interventions auprès de patients alcoolodépendants, internationalement réputé, cherche à savoir, par l'intermédiaire de cette revue systématique, si l'intervention brève est également efficace chez des patients alcoolodépendants. Malheureusement, le nombre de recherches traitant ce sujet sous la forme d'une étude clinique randomisée est très limité. Sur les 16 travaux initialement inclus, il n'a pu finalement retenir que deux, dont aucun n'a pu démontrer un avantage de l'intervention brève. A noter toutefois que ce résultat peut être lié à un diagnostic d'alcoolodépendance récent (grâce au dépistage actif), et que les patients concernés n'avaient peut-être pas encore la motivation de changer leur comportement. L'auteur souligne que l'efficacité de l'intervention brève chez des patients alcoolodépendants a pu être démontrée, lorsqu'elle est appliquée à un moment ultérieur. Dans ces conclusions, il souligne également le fait que les instruments de dépistage devraient être mieux adaptés, à savoir non seulement cibler la mesure de la consommation d'alcool, mais aussi d'aborder la perspective de réaction positive à une intervention brève. Il ajoute par ailleurs que ces patients pourraient peut-être profiter en plus d'autres interventions. Il ne précise pas toutefois s'il pouvait s'agir de nouveaux médicaments.

Intervention psychosociale en présence de situations complexes où une toxicomanie aux drogues illicites s'ajoute à la consommation d'alcool à problème

Klímas J., Field C. A., Cullen W., O'Gorman C.-S. M., Glynn L. G., Keenan E., Saunders J., Bury G., Dunne C. Psychosocial interventions to reduce alcohol consumption in concurrent problem alcohol and illicit drug users: *Cochrane Review*. *Systematic Reviews* 2013; 2: 3. <http://www.systematicreviewsjournal.com/content/2/1/3>

Quelle est la place de l'intervention brève décrite ici face à des situations vraiment pas exceptionnelles dans la pratique où des patients ayant un problème lié à l'alcool présentent d'autres toxicomanies en plus, ou souffrent d'une hépatite C, auquel cas l'abus d'alcool nuit à son évolution? Après une vaste recherche bibliographique (les

bases de données médicales habituelles ainsi que le registre des études et des résumés de conférences) avec plus de 5500 documents potentiels au départ, cette revue retient tout juste 4 études randomisées (3 études des Etats-Unis et une menée en Suisse!) à ce sujet. Une réduction significative de la consommation d'alcool après 3 à 9 mois était le résultat positif accordé à l'intervention brève. Ce résultat peut être évalué comme une «tendance favorable», car le nombre total des patients est relativement faible. Les auteurs soulignent qu'une intervention précoce pourrait donner encore des meilleurs résultats.

LES EFFETS DE LA FORMATION CONTINUE

Ockene J. K., Wheeler E. V., Adams A., Hurley T. G., Hebert J. Provider training for patient-centered alcohol counseling in a primary care setting. *Arch Intern Med* 1999; 157: 2334-2341.

Les auteurs ont mesuré l'impact qu'a une formation sur des soignants de premiers recours quant au dépistage et à la mise en œuvre d'une intervention brève. Une trentaine de soignants ont été randomisés pour se trouver soit dans un groupe recevant une courte formation spécifique (deux heures) soit de continuer les soins de manière habituelle. Les résultats montrent le constat réjouissant que déjà une formation brève améliore nettement les compétences en prévention de l'alcoolisme (les soignants se sentent plus à l'aise d'ouvrir le dialogue sur le sujet d'alcool, ils le font plus souvent et ils perçoivent la consommation d'alcool à risque comme un réel problème de santé).

Davis D. A., Thomason M. A., Oxman D., Haynes R. B. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA* 1995; 274(9): 700-705.

Davis et al. ont établi depuis des années une importante base de données sur les articles traitant le sujet de la formation continue des médecins. Dans cette revue systématique, ils abordent la question de l'efficacité des différentes formes pédagogiques susceptibles d'induire un changement favorable de pratique. Parmi une centaine de travaux considérés, 70 pour cent démontrent en effet au moins une amélioration de la pratique médicale. Ils trouvent également la confirmation que les formations intégrant la pratique quotidienne de chacun devraient être privilégiées par rapports aux conférences habituelles.

AUTEURS ET COÉDITEURS

Les auteurs et responsables de la deuxième édition révisée et élargie

Dr méd. Pierre Loeb

Généraliste, médecine générale FMH et président sortant de l'Académie suisse pour la médecine psychosomatique et psychosociale (ASMPP)
Formateur en entretien motivationnel

Dr méd. Beat Stoll, MPH

Médecine interne FMH et ancien chef du sous-projet «Médecins» de «Ça débouche sur quoi?»
Institut de Santé Globale
Université de Genève

Barbara Weil

Responsable du service Promotion de la santé et de la prévention de FMH, notamment en matière de Mental Health (prévention du suicide), addiction (alcool, drogues, maladies transmissibles et maladies chroniques, non transmissibles) et ancienne coordinatrice du projet «Médecins» de «Ça débouche sur quoi?»

Cette deuxième édition du guide a uniquement pu voir le jour grâce aux contributions essentielles de nos nombreux conseillers et confrères, qui se sont engagés tant dans nos formations continues qu'à la relecture critique du manuscrit de la première édition.

Nous tenons ainsi à exprimer notre gratitude à Yaël Reinharz Hazan (collaboratrice scientifique), Ariane Primault (secrétaire) et Anne-Marie Keller, médecin, MPH (collaboratrice scientifique) de l'Institut de Médecine Sociale et Préventive de Genève; Nicolas Bonvin (psychologue), Psychiatrie et psychologie médicale du canton du Tessin, Professeur Martin Sieber (psychologue), Université de Zurich, Clinique Forel à Zurich et membre du groupe d'experts du sous-projet «Médecins» avec Dr méd. Jürg-Rolf Eidenbenz (médecine générale FMH), Vevey; Dr méd. Lothar Matter (psychiatrie et psychothérapie, FMH), Thoune; et Dr méd. Michael Peltenburg (médecine générale, FMH), Hinwil, pour leurs contributions précieuses à la première édition parue dans le cadre du programme «Ça débouche sur quoi?».

Coéditeurs:

FMH, Fédération des médecins suisses: www.fmh.ch
OFSP, Office fédéral de la santé publique, Berne: www.bag.admin.ch
Praticien Addiction Suisse: www.praxis-suchtmedizin.ch
Addiction Suisse: www.addictionsuisse.ch
Infodrog: www.infodrog.ch
CMPS, Collège de médecine de premier recours: www.kollegium.ch
ASMPP, Académie suisse pour la médecine psychosomatique et psychosociale: www.sappm.ch

www.fosumos.ch
www.safezone.ch
www.suchtschweiz.ch
www.infodrog.ch
www.mydrinkcontrol.ch

Cette brochure peut être obtenue pour 5.– CHF (plus frais d'envoi et de port) auprès du:

Secrétariat ASMPP
Case postale 521
6260 Reiden
info@asmpp.ch // www.asmpp.ch

