

DÉPISTER ET TRAITER LE PATIENT QUI BOIT UN PEU OU BEAUCOUP TROP

Prof. JEAN-BERNARD DAEPPEN, service d'alcoologie, CHUV

Dépister

En médecine, un patient sur cinq présente une consommation d'alcool à risque pour la santé et un patient sur vingt est dépendant de l'alcool. Dans un cas comme dans l'autre, le dépistage est nécessaire, car même s'il s'agit d'une dépendance à l'alcool, le diagnostic peut échapper jusque très tardivement dans l'évolution de la maladie.

Il ne faut pas confondre consommation d'alcool à risque pour la santé qui est un facteur de risque et dépendance à l'alcool qui est une maladie. La consommation à risque, c'est le risque de développer des maladies ou d'être victime d'accident en relation avec un niveau de consommation d'alcool. Cette consommation ne pose pas forcément de problèmes, elle favorise leur apparition. Elle est définie par l'Office fédéral de la santé publique.

Les hommes adultes en bonne santé ne devraient pas boire plus de deux à maximum trois verres standard d'alcool (1 verre standard contient environ 10 grammes d'alcool pur, soit 3dl de bière ou 1 dl de vin). Les femmes adultes en bonne santé ne devraient pas dépasser un à maximum deux verres par jour. Pour tous, une pause d'au moins deux jours sans alcool par semaine est conseillée.

www.bag.admin.ch



[RÉFÉRENCES]

[1] WORLD HEALTH O. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines Geneva; 1992.

[2] BABOR T. F., HIGGINS-BIDDLE J. C., SAUNDERS J. B., MONTEIRO M. AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care Geneva: World Health Organization; 2001.

[3] ROSNER S., HACKL-HERRWERTH A., LEUCHT S., VECCHI S., SRISURAPANONT M., SOYKA M. Opioid antagonists for alcohol dependence, Cochrane Database Syst Rev 2010: CD001867.

[4] SOYKA M., ROSNER S. Nalmefene for treatment of alcohol dependence, Expert Opin Investig Drugs 2010; 19: 1451-1459.

[5] VAN DEN BRINK W., AUBIN H. J., BLADSTROM A., TORUP L., GUAL A., MANN K. Efficacy of as-needed nalmefene in alcohol-dependent patients with at least a high drinking risk level: results from a subgroup analysis of two randomized controlled 6-month studies, Alcohol Alcohol 2013; 48: 570-578.

La dépendance à l'alcool est une maladie qui se développe chez des consommateurs d'alcool à risque qui présentent des vulnérabilités de développer une addiction impliquant l'alcool. Si les premiers problèmes d'alcool apparaissent en général à la fin de l'adolescence, les critères diagnostiques de dépendance (correspondant à l'apparition du 3^e critère de dépendance de la CIM-10 (1)) sont présents en moyenne à l'âge de 25 ans. Les problèmes sociaux apparaissent en général en premier (par exemple relationnels et au travail), suivis par les problèmes psychologiques (tels que dépression) et finalement les problèmes de santé (par exemple hépatopathie et polyneuropathie). Le diagnostic est souvent tardif parce que les problèmes de santé surviennent en général après 10 à 20 ans d'évolution de la maladie.

Pour ces raisons un dépistage systématique est conseillé. «Seriez-vous d'accord de passer quelques instants à parler de votre consommation d'alcool?» Après cela, une seule question peut suffire: «Au cours des douze derniers mois, combien de jours avez-vous bu cinq boissons alcoolisées (quatre pour les femmes) ou plus au cours de la même journée?» Une fois par mois ou plus devrait inciter à vouloir en savoir plus. Cela peut-être fait par exemple en utilisant le questionnaire AUDIT (2) présenté et interprété sur le site www.alcooquizz.ch. Alternativement, l'examen clinique peut bien sûr vous mettre sur la piste:



FACTEURS DE RISQUES DE DÉVELOPPER UNE DÉPENDANCE À L'ALCOOL

- Anamnèse familiale positive;
- Instabilité familiale, manque de limites, d'interdictions dans l'éducation parentale;
- Troubles des conduites (irrespect des règles, problèmes à l'école, délinquance);
- Précocité de la consommation et des premières expériences d'ivresse (avant 15 ans);
- Dépendance à d'autres psychotropes (tabac, cannabis, cocaïne, héroïne);
- Troubles psychiques (troubles de la personnalité, troubles bipolaires, schizophrénie);
- Tolérance native élevée ou faible niveau de réponse à l'alcool.

Traiter

Qu'a-t-on appris sur le traitement des problèmes d'alcool? Voici quelques principes simples pour le médecin qui souhaite aider son patient qui boit trop.

1 Il faut de la patience, beaucoup de patience! Il faut respecter le rythme du patient, accepter des objectifs très modestes, il faut souvent des mois de tentatives pour qu'une réduction de la consommation devienne possible et souvent encore plus de temps au patient pour accepter de renoncer à l'alcool lorsqu'il n'arrive pas à faire autrement.

2 Il faut un lien, il faut de la confiance, ingrédients nécessaires à l'émergence d'une relation thérapeutique qui permette au patient de se sentir suffisamment en sécurité pour parler de son ambivalence face à l'alcool et au changement.

3 Le patient qui boit trop est pris dans un conflit d'ambivalence: les bonnes choses et les moins bonnes choses de l'alcool, les avantages et les inconvénients de changer. Il est assez aisé de révéler et d'explorer cette ambivalence: «Quelles sont les bonnes choses liées à votre consommation? Quoi d'autre? Et les moins bonnes? Comment serait votre vie avec un peu moins d'alcool?».

4 C'est moins facile de résoudre cette ambivalence, mais c'est possible. La majorité des patients qui boivent trop ne souhaitent pas devenir abstinentes. Il s'agit d'accepter cela, même si on a l'impression que le patient n'arrivera pas à contrôler. Il faut reconnaître qu'on peut se tromper, il faut accepter que le patient aura besoin de temps et que lui seul pourra se convaincre de renoncer à l'alcool. Plus on essaiera de le convaincre, plus il boira! Les patients qui sont consommateurs à risque sans dépendance ne veulent pas et n'ont pas à stopper, ceux qui ont des dépendances peu sévères n'ont pas suffisamment de problèmes pour se convaincre d'arrêter et ceux qui ont des problèmes très graves considèrent parfois qu'il est trop tard: voilà le chemin de crête sur lequel le clinicien doit guider le patient vers un changement, à petit pas, avec prudence, en acceptant de revenir en arrière, en renonçant à s'encorder, avec de la confiance et de l'inventivité!

5 Il faut de la créativité, tant du côté du soignant que du patient. Il n'existe pas de cure radicale, ni de recette. Ce qui rend le changement possible, c'est d'inviter le patient à mettre des mots, à s'entendre faire le récit d'une vie avec moins d'alcool. C'est la relation qui aide, c'est d'arriver à être empathique avec tous les patients, de se sentir devenir une personne de référence, un guide très précautionneux dans l'écriture du scénario d'une vie un peu différente. Même avec une cirrhose, même avec un syndrome de Korsakoff, le patient garde une certaine capacité de changer qu'il est possible de révéler.

6 Initier avec le patient une discussion à propos du changement d'habitudes de consommation peut se faire avec des questions simples telles que: «Si vous décidiez de changer quelque chose avec l'alcool, qu'est-ce que ça pourrait être? Quelles pourraient être des bonnes raisons de faire ce changement? Quelles seraient les avantages que vous pourriez en retirer?»

7 À cela peuvent s'ajouter certains médicaments à l'efficacité limitée mais bien démontrée. Ces médicaments permettent aujourd'hui de réduire la consommation et le risque de rechute. On dispose par exemple de naltrexone pour la prévention de la rechute et de nalméfène pour la réduction de la consommation d'alcool (3-5).

NOTE: Le Docteur Daepfen déclare avoir reçu des honoraires de Lundbeck qui commercialise le nalméfène.

patient à mettre des mots, à s'entendre faire le récit d'une vie avec moins d'alcool. C'est la relation qui aide, c'est d'arriver à être empathique avec tous les patients, de se sentir devenir une personne de référence, un guide très précautionneux dans l'écriture du scénario d'une vie un peu différente. Même avec une cirrhose, même avec un syndrome de Korsakoff, le patient garde une certaine capacité de changer qu'il est possible de révéler.

8 La naltrexone est prescrite à la posologie d'un comprimé de 50 mg par jour. Son bénéfice est démontré dans le maintien de l'abstinence. Elle est donc indiquée chez les patients qui ont arrêté de boire et elle diminue la probabilité de rechute. S'agissant d'un antagoniste, la contre-indication principale est la prise concomitante d'opioïdes. Les effets secondaires sont surtout digestifs avec des nausées au début du traitement qui peuvent être contrôlées par la prise du médicament au moment du repas (3).

9 Le nalméfène est un antagoniste opioïdes qui en raison d'un effet agoniste partiel kappa fonctionne différemment de la naltrexone. Son avantage considérable est lié à son efficacité chez les patients qui consomment encore de l'alcool et qui représentent une grande part des alcoolodépendants vus en médecine de premier recours, tous ces patients qui souhaitent modérer leur consommation et éviter une

abstinence. Il diminue de manière significative la fréquence des excès et le volume total d'alcool consommé. Il est contre-indiqué lors de prise concomitante d'opioïdes. Ses effets secondaires sont principalement digestifs avec des nausées au début du traitement qui peuvent être contrôlés par la prise du médicament pendant le repas. Les patients signalent également parfois des vertiges, de la fatigue, des troubles de la concentration et des troubles du sommeil qui disparaissent en général en 7 à 10 jours. Pour ces raisons, même si les comprimés ne sont pas séchés, on peut proposer ½ comprimé par jour avec le repas pendant la première semaine avant de passer à un comprimé par jour. On peut recommander de le prendre le soir en cas de vertiges et de fatigue, le matin, s'il y a des troubles du sommeil. Je propose au patient de prendre un comprimé par jour pendant 30 jours pour tester l'efficacité. Ensuite, pour les patients qui ne boivent pas tous les jours en excès, il est possible de limiter les prises de médicament aux occasions à risque de consommation excessive (4, 5).

10 Le disulfiram doit être à mon avis réservé à deux situations: 1) le patient le demande et le prend lui-même. C'est cette volonté qui est l'élément essentiel. 2) les situations médico-légales, en général liées à des délits sous l'influence de l'alcool, le patient prend le disulfiram sous contrôle visuel, par exemple à la pharmacie.

11 La durée de la prise en charge médicale d'un problème d'alcool, quelle qu'en soit la gravité, est très variable. La médecine générale ambulatoire se prête bien à cela, des prises en charge qui vont d'une ou deux discussions d'une quinzaine de minutes pour des consommations à risque sans conséquences, jusqu'à des suivis de plusieurs années, y compris parfois palliatifs. C'est les patients eux-mêmes qui nous indiquent la bonne durée. Pour ceux qui vont mieux, on peut revenir de temps en temps sur la question de l'alcool pour prendre des nouvelles, pour une bonne prévention de la rechute.

Le médecin joue un rôle considérable dans l'accompagnement du patient qui boit trop sur le chemin parfois périlleux de la rémission. La manière de s'y prendre, la qualité de la relation instaurée et la patience sont les compétences maîtresses du praticien en médecine de l'addiction. La patience permet d'observer que le changement ne survient pas à la suite d'une progression linéaire, mais de manière chaotique, comme s'il fallait attendre une fenêtre d'opportunité, l'apparition pour le patient d'une représentation nouvelle de soi qu'on l'aura aidé à façonner, comme si il fallait attendre Kairós, le petit dieu grec allié de l'opportunité, qu'il faut saisir quand il passe.