Aborder les problèmes d'alcool est souvent évité lors des consultations au cabinet de médecine de famille, et ce pour plusieurs raisons: l'une d'entre elles a certainement rapport au fait que les taux de réussite actuels sont extrêmement modestes – et quel médecin traitant voudrait exiger de son patient un traitement de la dépendance ou même un séjour en «cure de désintoxication»… Toujours est-il que, jusqu'à présent, nous disposions de peu d'options thérapeutiques pour atteindre l'abstinence ciblée par les directives, et dans la plupart des cas, la foi dans le succès nous a tout bonnement fait défaut. Cela était également valable pour toutes les autres formes de «consommation contrôlée»: il s'agissait le plus souvent de recommandations bien intentionnées, mais rarement prometteuses de succès à moyen ou long terme. A cela s'ajoute encore le fait qu'aborder des sujets délicats nécessite un certain dépassement de seuil qui met souvent à mal la relation avec notre patient. Et *last but not least*, nous buvons nous même volontiers un petit verre et savons pertinemment que, s'il s'agit pour nous réellement d'un petit verre, il s'agit chez le patient de décilitres. En résumé, si nous voulons aborder le sujet, nous devons nous attendre à ouvrir une boîte de Pandore: problèmes sexuels, problèmes professionnels, problèmes de couple, violence conjugale, conséquences financières – autant de bonnes raisons d'aborder le sujet et de nous confronter à la réalité de nos patients.
Nous savons aujourd'hui qu'aborder le sujet de manière directe à l'aide de chiffres comparatifs clairs – dans le sens de «à partir de quand est-ce trop?» - et d'interventions brèves permet d'apporter une réelle aide au patient et que l'investissement en vaut vraiment la peine (voir également: Loeb P., Bulletin des médecins suisses, 2015;96(13):475–476). A cela s'ajoute une nouvelle approche reconnue qui s'apparente à un changement de paradigme dans le traitement de l'alcoolisme. La directive S3 de la *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychosomatik und Nervenheilkunde* (DGPPN), récemment publiée, peut se résumer ainsi: la directive recommande désormais également la réduction de la consommation d'alcool en tant qu'objectif thérapeutique. Elle peut se présenter comme une étape intermédiaire avant l'abstinence et permet d'espérer, selon les experts, une orientation plus précoce des personnes dépendantes vers un traitement (voir aussi: directive S3 «*Screening, Diagnose und und Behandlung alkoholbezogener Störungen*» registre AWMF n° 076-001, 2016). *Primary and Hospital Care* se réjouit de publier ici deux résumés d'exposés tenus lors du congrès CMPR 2016 à Lucerne et qui expliquent cette problématique.

Pierre Loeb, Membre de la rédaction

L'addiction inaperçue

Détection précoce et gestion de la consommation d'alcool à risque

Tibor Rasovszky

Arud Zentren für Suchtmedizin, Zürich

Les risques pour la santé et les conséquences sociales et économiques d'une consommation d'alcool problématique représentent un défi de taille pour les soins médicaux de premier recours. Comment diagnostiquer précocement une consommation d'alcool à risque, et quelles interventions s'avèrent applicables et efficaces dans le contexte de la médecine de famille?

Introduction

La consommation d'alcool à risque est un problème fréquent mais largement sous-diagnostiqué. En Suisse, environ 20% de la population a une consommation d'alcool à risque et environ 5% présente une dépendance. Environ 80% des personnes ayant une consommation à risque ou étant dépendantes de l'alcool consultent un médecin au moins une fois par an, mais seuls environ 10% consultent ou suivent un traitement spécifiquement en rapport avec l'alcool. La lacune thérapeutique est donc de 90%.

Définitions

Une consommation d'alcool est considérée comme chronique à risque lorsqu'elle est supérieure à 40 g d'alcool par jour chez les hommes et supérieure à 20 g par jour chez les femmes. Une consommation périodique à risque (ivresse ponctuelle) désigne une consommation de plus de 60 g d'alcool chez les hommes et 50 g chez les femmes au moins deux fois par mois. Pour l'évaluation de la quantité d'alcool en grammes, on utilise le terme de «verre standard». Un verre standard désigne 1 dl de vin ou 3 dl de bière ou 2 cl de schnaps, et contient environ 10 à 12 g d'alcool.

Difficultés de détection précoce

La détection précoce d'une consommation d'alcool à risque est entravée par différentes circonstances. D'une part, la majorité des personnes touchées ne présente encore aucune séquelle physique et donc aucun symptôme visible indiquant directement un risque. D'autre part, de nombreux patients n'abordent pas eux-mêmes le comportement à risque, souvent car ils n'en sont pas conscients ou parce qu'ils ne connaissent pas les risques ou bien les évaluent mal. Dans notre société, la consommation d'alcool a obtenu une grande acceptation du fait d'un contexte historico-culturel qui remonte loin dans le temps; cela peut, pour les personnes touchées comme pour leur entourage, compliquer l'identification précoce d'un comportement à risque. Une fois reconnue, la problématique s'accompagne souvent de sentiments de culpabilité, de honte et d'échec, ce qui favorise l'évitement d'une prise en compte active de la thématique. Une discussion active avec le médecin de famille à propos du comportement vis-à-vis de l'alcool est d'autant plus essentielle. Dans le quotidien d'un cabinet médical, cela est souvent entravé par les contraintes temporelles, l'incertitude, la question de savoir comment procéder sans blesser le patient, et éventuellement aussi par le fait que l'on consomme soi-même occasionnellement de l'alcool. Dans la détection précoce d'une consommation à risque, une difficulté centrale réside donc dans le fait qu'un comportement sans signe clairement visible doit être identifié dans un cadre n'autorisant bien souvent qu'un traitement de la problématique présentée dans la consultation actuelle. Le risque de ne pas remarquer une consommation à risque est par conséquent élevé en l'absence d'une interrogation délibérée sur le sujet.

arud
Zentren für Suchtmedizin

AUDIT

Questionnaire d'auto évaluation des habitudes de la consommation d'alcool

nom: _____ date de naissance: _____ date du test: _____

Dans ce questionnaire vous êtes demandés de vos habitudes de consommation. S'il vous plaît, répondez aux questions le plus exactement possible. Une boisson alcoolique (= une boisson standard) correspond p.ex. à environ 3 dl de bière, à 1 dl de vin/champagne ou à 2 cl de spiriteux ou liqueur (ca. 40%).

Cochez la réponse la plus proche de votre situation

Points	0	1	2	3	4
1. À quelle fréquence consommez-vous des boissons alcoolisées?	Jamais	Une fois par mois ou moins	Une fois par mois	2 à 3 fois ou plus dans la semaine	4 fois par semaine ou plus
2. Lorsque vous consommez des boissons alcooliques, combien en consommez-vous un jour typique où vous buvez?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 9	10 ou pls
3. À quelle fréquence buvez-vous 6 verres d'alcool ou plus (=boisson standard) lors d'un événement?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque chaque jour
4. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu le sentiment de ne plus pouvoir vous arrêter de boire après avoir commencé?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque chaque jour
5. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qu'on attendait de vous dans votre famille, votre cercle d'amis et dans la vie professionnelle?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque chaque jour
6. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme, après une période de forte consommation?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque chaque jour
7. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret à cause de vos habitudes de consommation?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque chaque jour
8. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez- vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé le soir précédent parce que vous aviez bu?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque chaque jour
9. Vous êtes-vous déjà blessé ou avez-vous déjà blessé quelqu'un sous l'influence de l'alcool?	Jamais		Oui, mais pas dans l'année écoulée		Oui, au cours de l'année dernière
10. Un proche, un ami ou un médecin vous a-t-il déjà exprimé son inquiétude concernantvotre consommation d'alcool ou vous a-t-il conseillé de la diminuer?	Jamais		Oui, mais pas dans l'année écoulée		Oui, au cours de l'année dernière

Résultat final

Figure 1: Questionnaire d'auto-évaluation AUDIT concernant les habitudes de consommation d'alcool.

Questionnaire AUDIT

L'examen physique et les analyses de laboratoire ne montrent souvent des anomalies qu'en cas de problèmes d'alcool avancés, et ils ne sont que partiellement utiles pour l'identification précoce des patients touchés. Le test AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) (fig. 1) représente un outil de dépistage simple pour le cabinet de médecine de famille destiné à la détection précoce d'une consommation d'alcool à risque ou d'une dépendance. Grâce à ce questionnaire d'auto-évaluation en 10 points, il est possible de différencier une consommation non problématique d'une consommation à risque ou d'une dépendance probable. Un score de 8 ou plus indique une consommation d'alcool à risque [1]. La probabilité d'une dépendance augmente en cas de valeur supérieure. Les trois premières questions relatives à la quantité et à la fréquence (AUDIT C) permettent déjà de détecter une consommation à risque sous forme de dépistage rapide. Un score supérieur ou égal à 4 est ici considéré comme suspect. Les questions AUDIT 4 à 6 fournissent des indications supplémentaires sur la présence d'une dépendance, alors que les quatre dernières questions renseignent avant tout sur les conséquences de la consommation d'alcool. Le test AUDIT est adapté aussi bien pour recueillir une anamnèse de la consommation d'alcool lors d'un premier contact que pour une évaluation ultérieure.

Intervention brève

Le score AUDIT permet de déduire les interventions qui sont indiquées pour le niveau de risque déterminé (fig. 2). Dans le contexte du cabinet de médecine de famille, le concept de l'intervention brève est particulièrement adapté chez les personnes ayant une consommation d'alcool à risque mais n'étant pas encore dépendantes. Il s'agit là de dialogues de 5 à 10 minutes abordant le niveau de risque, la conscience du problème et la motivation au changement des patients concernés. Du point de vue du contenu, les interventions brèves se composent des éléments suivants:

1. Aborder la consommation d'alcool;
2. Evaluer le risque;
3. Informer le patient en conséquence;
4. Tester le degré de conscience du problème et de la disposition au changement;
5. Motiver les patients à un changement;
6. Définir des objectifs réalistes.

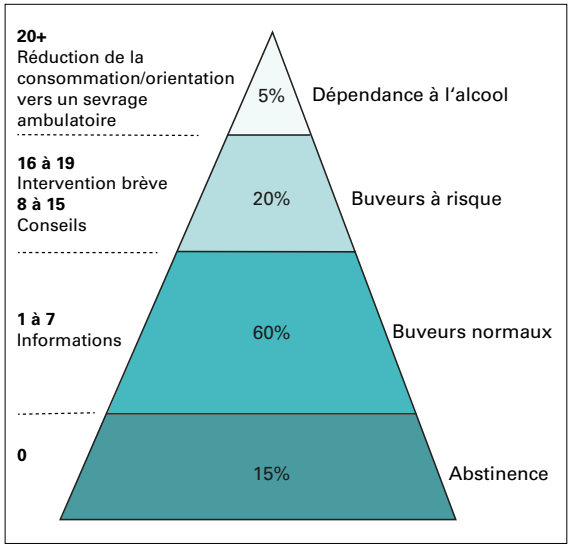

Figure 2: Scores AUDIT et mesures correspondantes.

La discussion des résultats du questionnaire AUDIT est la première étape d'une intervention brève. Les patients ayant une consommation non problématique (score de 1 à 7) sont invités à maintenir leur consommation d'alcool dans cette plage et sont informés des seuils d'une consommation problématique. Les patients avec un score compris entre 8 et 15 sont informés du risque et des potentielles conséquences sur la santé de leur consommation, et il leur est conseillé de réduire leur consommation d'alcool. Les patients ayant un score compris entre 16 et 19 sont encouragés à définir des étapes bien concrètes pour la réduction de leur consommation. Il faut s'efforcer d'inscrire les patients dont le score est supérieur à 20 dans une démarche sur le long cours dans le cadre d'une approche spécifique à l'alcool, que ce soit au cabinet de médecine de famille ou bien dans un établissement spécialisé en médecine de l'addiction [2].

Lors des interventions brèves, la conduite de l'entretien se base sur les principes du *Motivational Interviewing* (MI) de Rollnick et Miller. Une attention particulière doit être portée aux formulations, dans lesquelles il convient d'éviter le ton des reproches pour adopter une posture d'invitation à un partenariat. En ce qui concerne le contenu, le dialogue est déterminé par le modèle transthéorique de changement de Prochaska et DiClemente (fig. 3) [3] et donc par le degré de conscience du problème et la disposition au changement des patients. Dans ce contexte, il est fréquent que les interventions échouent du fait qu'elles ne correspondent pas à l'état de la personne concernée et ne sont donc pas perçues comme utiles. Dans la phase de pré-contemplation, il n'y a aucune conscience du problème et donc aucune motivation au changement. La phase de contemplation est empreinte d'ambivalence. Les patients oscillent entre la conscience du problème et la conviction de n'avoir aucun problème. Dans la phase de préparation, les patients sont conscients du problème et élaborent, au moins mentalement, des stratégies de changement. Dans la phase d'action, les patients tentent de mettre en application concrète ces stratégies, alors que la phase de maintien se caractérise principalement par la conservation des acquis, une adaptation durable du mode de vie, et en particulier la gestion des rechutes possibles. Dans certaines représentations du modèle, la rechute est considérée comme une phase à part entière. Pour les patients, la rechute est souvent associée à l'incertitude et fait fréquemment douter du maintien à long terme des changements comportementaux. Dans cette situation, la motivation est à nouveau un sujet décisif. Les phases du changement ne sont généralement pas traversées les unes après les autres. Des retours à des phases anté-

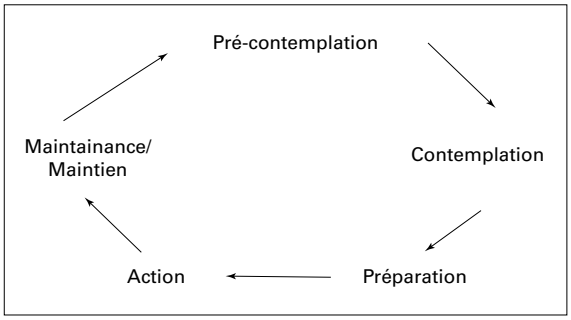

Figure 3: Modèle transthéorique de changement de Prochaska et DiClemente [3].

rieures surviennent pratiquement toujours, et de nombreux patients doivent être accompagnés à travers plusieurs cycles de changement.

L'articulation de l'intervention brève est définie en fonction du degré de conscience du problème et de la disposition à modifier son comportement de consommation. En l'absence de conscience du problème et donc de motivation au changement, le patient est informé du risque qu'il encourt. En cas de conscience du problème mais de disposition incertaine au changement, la motivation au changement est renforcée et l'attention est attirée sur l'ambivalence en examinant les avantages et inconvénients, à court et à long terme, que provoquerait un changement. C'est seulement lorsque le patient est conscient du problème et qu'il affiche des signes de disposition au changement qu'il est judicieux de discuter des objectifs concrets atteignables (abstinence au long cours, abstinence temporaire, consommation contrôlée, réduction de la consommation) et de planifier la démarche à suivre en fonction du choix du patient. On passe toujours à l'élément suivant de l'intervention brève lorsque le patient a accepté la proposition. Si tel n'est pas le cas, l'élément actuel doit être à nouveau proposé dès la prochaine occasion.

Objectif thérapeutique

En fonction de la conscience du problème et de la disposition au changement, la détermination de l'objectif thérapeutique doit elle aussi être abordée en faisant preuve d'une grande ouverture. Si autrefois l'abstinence se présentait comme l'unique objectif valable pour le traitement des problèmes d'alcool, des concepts de réduction de la consommation se sont progressivement établis au cours des dernières années en tant qu'options thérapeutiques. De nombreux patients chez qui la consommation est problématique ont du mal à s'imaginer renoncer complètement à l'alcool. En revanche, ils sont souvent prêts à se pencher sur des stratégies pour réduire leur consommation. Cette disposition doit être considérée comme très importante car elle permet d'amorcer un processus souvent judicieux et nécessaire chez le patient afin de trouver un objectif réaliste pour la gestion réelle de la consommation d'alcool. On observe souvent que les objectifs évoluent au fil du traitement. De nombreux patients qui aspirent en vain depuis longtemps à une abstinence perçoivent le traitement qui en découle comme une succession d'échecs frustrante, ce qui s'accompagne fréquemment d'une perte de la motivation au changement. La réduction de la consommation comme objectif thérapeutique permet souvent de réduire ce phénomène. Inversement, au cours du processus, des patients peuvent en arriver à la conclusion qu'il leur est plus facile de rester abstinent que de réduire durablement leur consommation. Si des patients ont pris cette décision pour eux-mêmes sur la base de leur propre expérience, il en résulte une motivation inégalement plus élevée pour la démarche en question que si le même objectif avait été fixé par le médecin au début du traitement.

Etant donné que les premières étapes d'une intervention brève ne demandent que très peu de temps, elles peuvent facilement être intégrées dans le déroulement d'une consultation, même si le patient ne se présente pas au cabinet pour une problématique directement liée à l'alcool. Si le patient manifeste sa disposition à prendre sérieusement en main sa consommation d'alcool, des consultations supplémentaires peuvent alors éventuellement être planifiées.

Un guide en langue française pour les interventions brèves, offrant des propositions concrètes pour le déroulement et les formulations, est disponible au format électronique ainsi que sous forme de brochure [4].

Résumé pour la pratique

Une consommation d'alcool à risque n'est souvent détectée que dans les stades avancés. Le médecin de famille joue un rôle décisif dans la détection précoce de cette problématique. Etant donné que la plupart des personnes concernées ne présentent encore aucun signe, un dépistage ciblé est essentiel, aussi bien lors du premier contact que par la suite. En tant que méthodes efficaces et peu chronophages au cabinet médical, le questionnaire AUDIT et les interventions brèves ont respectivement fait leurs preuves en tant qu'outil de dépistage et en tant que première approche.

Correspondance:
Tibor Rasovszky
med. pract.
Arud Zentren für
Suchtmedizin
Konradstrasse 1
CH-8005 Zürich
t.rasovszky[at]arud.ch

Références

1 Babor T, Higgins-Biddle J, Saunders J, Monteiro M: AUDIT: The alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary care. World Health Organisation. Second Edition, 2001. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67205/1/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf. (link funktioniert nicht)

2 Babor T, Higgins-Biddle J: Brief intervention for hazardous and harmful drinking a manual for use in primary care. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67210/1/WHO_MSD_MSB_01.6b.pdf.

3 Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. Am Psychol. 1992 Sep;47(9):1102-14.

4 Loeb P, Stoll B, Weil B: L'intervention brève pour des patients avec une consommation d'alcool à problème: un guide pour les médecins et autres professionnels de premier recours. EMH-Media, 2014. https://www.fosumos.ch/fosumos/images/stories/pdf/Guide_interventionbr%C3%A8ve.pdf