



Guide de bonne pratique La prise en charge des patients dépendants de l'ALCOOL



Agir de façon efficace, continue et coordonnée

En France on estime à 2 millions le nombre de patients alcoolo-dépendants. Une étude réalisée par l'O.R.S. de Champagne-Ardenne^[1] a mis en évidence que 6% de la patientèle d'un médecin généraliste est considérée comme alcoolo-dépendante avec une grande variabilité en fonction du sexe – 10% des hommes contre 3% des femmes – et de l'âge – la classe des 55-64 ans étant la plus concernée –.

Par sa proximité et sa polyvalence, le médecin généraliste est un acteur de première ligne dans le système de santé. De nombreuses études ont confirmé l'impact positif de ses interventions en matière de prise en charge et de suivi.

Cependant la prise en charge de l'alcoolo-dépendance est une démarche complexe, négociée, d'accompagnement au long cours qui va de la prise de conscience de la maladie jusqu'au sevrage et l'abstinence, et qui s'intègre dans un cadre pluri-professionnel coordonné.

Le but principal de cet engagement est d'améliorer la qualité de vie globale du patient alcoolo-dépendant, c'est-à-dire sa santé physique et psychique ainsi que sa vie sociale avec de réels bénéfices.

Nous espérons vous apporter une aide utile avec ce guide qui fait partie des nombreux outils que le réseau vous propose pour faciliter et optimiser une prise en charge globale coordonnée.

D^r Patrick Roua
Président du Réseau ADDICA

^[1] Observatoire Régional de Santé – Enquête parue en juin 2002.

Sommaire

1	Définitions : qu'est-ce que l'alcool-dépendance ?	p. 2
2	Critères diagnostiques	p. 3/4
3	Les objectifs thérapeutiques	p. 5
4	L'évaluation alcoologique	p. 6/7
5	Le sevrage	p. 8/9
6	Accompagnement et maintien de l'abstinence	p. 10/12
7	Attitude face à la rechute	p. 13
8	Attitude face au déni	p. 14
9	Quelle place pour l'entourage ?	p. 15
10	Guide du suivi au sein du réseau	p. 16
11	Pour en savoir plus	p. 17

En travaillant étroitement avec d'autres professionnels, le médecin généraliste peut accompagner efficacement un patient alcool-dépendant.

1

DÉFINITIONS : QU'EST-CE QUE L'ALCOOLO-DÉPENDANCE ?

« PERTE DE LA LIBERTÉ DE S'ABSTENIR DE CONSOMMER DE L'ALCOOL » *Fouquet*

La dépendance à l'alcool est une entité psychopathologique et comportementale se traduisant par la perte de la maîtrise de la consommation. Elle comprend un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques indiquant que le sujet continue à utiliser l'alcool alors que des conséquences néfastes existent déjà.

L'usage d'alcool avec dépendance ne se définit ni par rapport à une quantité ou une fréquence de consommation, ni par l'existence de dommages induits, même s'ils sont souvent présents.

NEUROBIOLOGIE

La dépendance résulte des effets de l'alcool sur le système nerveux central, particulièrement sur le système de récompense. Ce système, centre des émotions, est relié aux aires motrices et aux structures impliquées dans les processus de mémorisation (hippocampe).

Les effets ressentis comme positifs de l'alcool vont conduire le sujet à **reproduire le comportement de consommation**. Celui-ci, appris, mémorisé, renforcé généralement pendant des années, aboutit finalement à l'installation de la dépendance.

Le système de récompense est constitué essentiellement de voies noradrénergiques, surtout dopaminergiques régulées par d'autres neurotransmetteurs (sérotonine, GABA) qui interviennent également dans le phénomène de l'appétence à l'alcool.

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Le repérage régulier des consommations d'alcool⁽¹⁾ doit conduire tout médecin à rechercher une alcoolo-dépendance et ce d'autant plus que les dommages sont anciens, sévères et repérés par le patient lui-même comme les conséquences de ses alcoolisations.

- **Le comportement de dépendance s'installe progressivement** sur plusieurs années en passant du dérapage ponctuel à la consommation nocive avec ses dommages, puis aux troubles bio-psycho-sociaux de la dépendance.
- Parfois **il peut être difficile de différencier usage nocif et dépendance.**
- Si **la dépendance physique** est inconstante (50%), sa présence **signe le diagnostic.**
- La reconnaissance lors de l'entretien, de **l'incapacité à modifier durablement son comportement vis-à-vis de l'alcool** est également très évocatrice. Exemple : *impossibilité de stopper sa consommation sur une période d'une semaine.*
- Le meilleur outil diagnostique outre le repérage des dommages associés est d'aborder directement, sans tabou, le comportement vis-à-vis de l'alcool.
- Les critères diagnostiques décrits par le DSM IV peuvent aider à poser le diagnostic d'alcoolo-dépendance.

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES D'ALCOOLO-DÉPENDANCE SELON LE DSM-IV

1. Tolérance définie par l'un des symptômes suivants :

- Nécessité d'augmenter ses doses d'alcool pour « se sentir bien » **ou**
- Diminution marquée de l'effet pour une même quantité d'alcool.

2. Sevrage caractérisé par :

- Symptômes de sevrage (tremblements, irritabilité, sueurs...) **ou**
- Prise d'alcool pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

3. Prise d'alcool en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que celle envisagée.

4. Désir persistant ou efforts infructueux du patient, pour diminuer ou contrôler sa consommation d'alcool.

5. Beaucoup de temps passé ou beaucoup d'efforts prodigués pour se procurer de l'alcool. (Exemples : sorties nocturnes, vol, dissimulation...).

6. Le patient a dû abandonner ou réduire ses activités sociales, professionnelles ou de loisirs à cause de sa consommation d'alcool.

...

⁽¹⁾-Guide du réseau ADDICA : Les conduites d'alcoolisation en dehors de la dépendance.

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES D'ALCOOLO-DÉPENDANCE SELON LE DSM-IV (SUITE)

7. Le patient a du mal à s'empêcher de boire, bien qu'il sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la consommation d'alcool. (Exemple : le patient continue à boire bien qu'il connaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de sa consommation d'alcool).

La présence d'au moins 3 réponses positives définit une dépendance.

PLACE DES MARQUEURS BIOLOGIQUES

- Les marqueurs biologiques sont des examens d'orientation diagnostique et de surveillance clinique. Il faut privilégier la parole et la clinique pour le diagnostic.
- Ils peuvent être utiles pour « contourner le déni » et/ou faire prendre conscience des dommages liés au comportement de consommation.

TROIS MARQUEURS PRINCIPAUX EXISTENT : GGT, VGM ET CDT.

	SENSIBILITÉ	SPÉCIFICITÉ	INDICATIONS
GGT	40 % - 60 %	60 % - 80 %	<ul style="list-style-type: none"> • Repérage des usages nocifs ou alcoolo-dépendants. • Suivi des patients alcoolo-dépendants sevrés.
VGM	30 % - 50 %	90 %	<ul style="list-style-type: none"> • Indication identique des GGT. • Toujours associé à ceux-ci. • Cinétique lente.
CDT	60 % Si consommation > 70 g d'alcool/jour : 90 %	90 %	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic précoce des usages nocifs car cinétique rapide. • Marqueur précoce de la rechute. • Repérage des patients alcoolo-dépendants à GGT normaux.

RAPPEL :

Sensibilité = fréquence des résultats positifs chez des sujets réellement malades = **vrais positifs**.

Spécificité = fréquence des résultats négatifs chez des sujets réellement sains = **vrais négatifs**.

3

LES OBJECTIFS THÉRAPEUTIQUES

L'alcool-dépendance est source de souffrance : on ne choisit pas de devenir dépendant. Comme pour toute pathologie les soins seront globaux et comprendront plusieurs objectifs :

OBJECTIF ALCOOLOGIQUE

Permettre l'abstinence (sevrage et maintien). L'objectif alcoologique est la rupture durable avec l'alcool du fait de l'existence démontrée de la cicatrice psycho-biologique de la dépendance. **Le sevrage n'est pas un objectif en soi** mais le moyen le plus efficace pour atteindre l'objectif thérapeutique global de santé.

OBJECTIF ADDICTOLOGIQUE

S'intéresser à tous les aspects comportementaux de la dépendance (relations aux autres, conduites alimentaires, autres produits...)

OBJECTIF PERSONNEL

Favoriser l'équilibre personnel et la qualité de vie du sujet.

NOTIONS PRÉALABLES À LA PRISE EN CHARGE

Ne pas aborder la question, c'est soit conforter le patient dans son déni « ce n'est pas si grave », soit lui dénier la possibilité de changer et d'arrêter « on ne me dit rien, je ne peux pas changer », soit lui retirer son statut de malade et renforcer son sentiment de honte « je ne suis qu'un alcoologique ».

Dans tous les cas, il est nécessaire de prendre le temps d'évaluer la demande et la motivation du patient et ne pas répondre dans l'urgence même si la demande du patient et/ou de la famille est présentée de manière pressante.

C'est en s'attachant surtout au comportement et à ses conséquences plus qu'aux quantités consommées qu'il convient d'aborder la question de l'alcool avec un patient dépendant.

La prise en charge des patients alcool-dépendants est une prise en charge lourde, nécessairement pluridisciplinaire (sociale, médicale, psychologique) souvent émaillée de rechutes et de ruptures de soins. ***Elle s'inscrit sur le long terme.***

Les ré-alcoolisations au cours de la trajectoire de soins doivent être intégrées non comme des échecs mais comme des moments de difficultés, fréquents et souvent inévitables, permettant au patient de bien prendre la mesure de son problème et invitant le médecin à renforcer l'accompagnement thérapeutique.

4

L'ÉVALUATION ALCOOLOGIQUE

L'évaluation de l'alcoolodépendance peut se faire sur plusieurs entretiens et aura 3 objectifs :

- **La mise en place de la relation de soins : créer une alliance thérapeutique.**
- **La réalisation du bilan individuel des conduites d'alcoolisation.**
- **La détermination du projet thérapeutique.**

1. L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

Il s'agit de créer un climat de confiance permettant au patient de se déculpabiliser et de libérer sa parole. L'alliance thérapeutique témoigne de l'intérêt du soignant pour la souffrance du soigné au-delà de sa consommation. Elle s'appuie sur l'empathie, n'implique pas la complaisance, n'est pas contradictoire avec la fermeté et n'oblige pas à la toute puissance. Elle consiste à définir les rôles du patient et du soignant et à mieux explorer les attentes et les objectifs du patient par rapport au projet thérapeutique.

Dans le cas de la prise en charge du dépendant, le soignant peut parfois être amené à accompagner une expérience de consommation contrôlée afin de permettre au patient lui-même de constater la réalité de sa dépendance. Cette attitude permet d'éviter la confrontation directe induisant souvent une rupture de soins et doit être présentée au patient mais également à l'entourage comme une étape dans la prise en charge.

Le soignant aide le patient à prendre conscience que la rupture avec l'alcool est possible même si plus personne ne semble y croire dans son entourage.

2. LE BILAN DE L'ALCOOLISATION

Il s'agit de préciser les dommages induits (médicaux, psychologiques et sociaux), d'évaluer la sévérité de la dépendance et de déterminer la trajectoire du patient avec l'alcool. Ce bilan est un élément important de l'entretien, il permet au patient de prendre conscience du lien entre sa consommation et ses problèmes, et de favoriser un changement de comportement.

L'ÉVALUATION ALCOOLOGIQUE

ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE POUR LE BILAN INDIVIDUEL

- Évaluation de la sévérité des conduites d'alcoolisation.

Chronologie et fréquence des conduites à risque	Aspects compulsifs du besoin d'alcool (craving), situations particulières, liens avec des situations traumatisantes
Consommations associées d'autres substances psycho-actives et autres conduites addictives	Tabac, cannabis, troubles des conduites alimentaires...
Existence et sévérité d'une dépendance physique	Signes de sevrage, tolérance

- Évaluation de la gravité des dommages induits.

Dommages organiques	Hépatopathie, polynévrite des membres inférieurs, pancréatite
Co-morbidités psychiatriques induites ou associées	Anxiété, insomnie, troubles de l'humeur, perte de l'estime de soi
Conséquences sociales et professionnelles	Précarisation, chômage prolongé, surendettement
Difficultés relationnelles	Difficultés conjugales, violences, isolement
Dommages judiciaires	Conséquences des alcoolémies de la route, violences ou ivresses sur la voie publique

Il ne faut pas exclure la famille et l'entourage. Avec l'accord du patient, les rencontres peuvent permettre de leur expliquer ce qu'est la maladie, les modalités d'accompagnement du sevrage et le risque de rechute. Les rencontres permettent d'en faire des alliés dans l'accompagnement (cf. p15).

3. LE PROJET THÉRAPEUTIQUE

En dehors de situations somatiques et psychologiques précises, il faut prendre le temps d'évaluer la réalité de la demande et d'adapter le projet thérapeutique. Les entretiens doivent permettre au patient de s'approprier cette demande de soins parfois suscitée par un tiers (entourage, travail, justice...).

Tout projet thérapeutique dans l'alcoolodépendance implique à plus ou moins long terme un objectif d'abstinence :

Si le patient est prêt : l'objectif d'abstinence sera atteint en passant par une phase de sevrage ambulatoire ou hospitalier (lire le chapitre 5).

Si le patient n'est pas prêt : une démarche d'accompagnement afin de faire mûrir sa motivation sera entreprise (lire le chapitre 6).

RAPPEL :

Sevrage = arrêt programmé de la consommation d'alcool.

Abstinence = aucune consommation d'alcool.

5

LE SEVRAGE

Le sevrage est une phase incontournable du traitement de l'alcoolodépendance. Il permet au patient de modifier son comportement dans le but d'une abstinence à long terme. *C'est une étape très angoissante* et il est utile de l'accompagner en le rassurant sur la prise en compte de la souffrance liée à l'arrêt de l'alcool.

L'inventaire des dommages objectifs et la description des bénéfices du sevrage peuvent aider le patient dans sa décision. Des événements nouveaux dans son parcours sont des occasions propices au changement et à la décision. En cas de résistance majeure ou de refus, il convient de différer le sevrage en proposant d'autres entretiens pour refaire le point de la situation.

SANS ÊTRE CONTRE-INDIQUÉ LE SEVRAGE DOIT ÊTRE DIFFÉRÉ EN CAS

- D'absence de demande et de motivation du sujet ;
- D'absence de projet thérapeutique et de projet social relais ;
- De recherche de réponse immédiate à une situation de crise.

TOUT SEVRAGE DOIT RECUEILLIR LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ DE LA PERSONNE ET RESPECTER DES RÈGLES

- Être réalisé dans des conditions de confort et de sécurité optimales, visant à prévenir ou à traiter le syndrome de sevrage ;
- Être adossé à un suivi thérapeutique prolongé en institution ou en ambulatoire ;
- Être inscrit dans le cadre d'une expérience de long terme valorisante sur les plans personnel, familial et professionnel.

Le sevrage est une étape courte de 5 à 10 jours selon la sévérité de la dépendance. C'est une procédure contractuelle avec des entretiens réguliers permettant l'évaluation clinique et la réassurance du patient dans sa démarche.

SEVRAGE HOSPITALIER OU AMBULATOIRE ?

Ambulatoire	Hospitalier
• Poursuite d'une éventuelle activité	• Meilleure surveillance clinique
• Maintien des relations socio-familiales	• Garantie de l'arrêt et de l'observance thérapeutique
• Meilleure acceptation	• Facilite le bilan global des alcoolopathies
• Compatible avec un syndrome de sevrage modéré	• Éloignement des situations à risques ou conflictuelles
• Favorise le lien avec le soignant	• Disponibilité « captive » pour des actions éducatives ou psychothérapeutiques
• Favorise l'implication du patient	• Nécessaire en cas de dépendance sévère ou de sevrages multiples (BZD, opiacés)
• Coût moindre	

5

LE SEVRAGE

LA CONFÉRENCE DE CONSENSUS DE 1999 PRÉCONISE EN PREMIÈRE INTENTION UN SEVRAGE AMBULATOIRE DANS LE RESPECT DES CONTRE-INDICATIONS SUIVANTES :

Alcooliques	<ul style="list-style-type: none">• Dépendance physique sévère• ATCD de delirium tremens ou de crise d'épilepsie• Echecs répétés du sevrage ambulatoire
Affections somatiques associées sévères	<ul style="list-style-type: none">• Décompensation hépatique, syndrome infectieux...
Psychiatriques	<ul style="list-style-type: none">• Syndrome dépressif sévère ou autres pathologies psychiatriques associées• Co-dépendance (opiacés, BZD)
Sociales	<ul style="list-style-type: none">• Entourage non coopératif ou conflictuel• Processus avancé de désocialisation

Le syndrome de sevrage associe de façon variable plusieurs types de manifestations résolutives spontanément ou sous traitement en 5 à 10 jours. L'apparition plus tardive ou la persistance de ces troubles au-delà de ce délai doit faire évoquer d'autres addictions associées, en particulier aux benzodiazépines.

SIGNES DE SEVRAGE

Troubles subjectifs	Anxiété, agitation, irritabilité, insomnie, cauchemars ;
Troubles neurovégétatifs	Sueurs, tremblements, tachycardie, hypertension artérielle ;
Troubles digestifs	Anorexie, nausées, vomissements ;
Delirium	signes confusionnels, hallucinations, convulsions hyperthermie.

MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES (RECOMMANDATIONS)

Utilisation des benzodiazépines à doses décroissantes et sur une durée maximale de 10 jours.

- diazépam (Valium®) préférentiellement (meilleure efficacité / risque épileptique).
- oxazepam (Seresta®) } en cas d'insuffisance hépatique
- alprazolam (Xanax®) } (demi-vie plus courte).

- > diazépam 10 mg per os 4 à 6 comprimés/24h pendant 48h, adaptation en fonction de l'évolution clinique, puis diminution lente de la dose avec **arrêt en 7 à 10 jours.**
- > Vitamines B1B6 pendant 3 semaines.
- > S'assurer d'une hydratation correcte.
- > Évaluation clinique quotidienne.
- > Arrêt de travail court si conduite ou poste de travail de sécurité.

6

ACCOMPAGNEMENT ET MAINTIEN DE L'ABSTINENCE

1. AU MIEUX L'ABSTINENCE, SINON AU MOINS LA CONSOMMATION CONTRÔLÉE :

L'objectif principal de cette phase est l'installation d'une abstinence durable en évitant l'émergence de nouveaux comportements de dépendance (transfert sur d'autres produits). Il s'agit d'un accompagnement sur le long terme qui nécessite une intervention multidisciplinaire.

On distingue 2 phases dans le maintien de l'abstinence :

- > **Phase de « post sevrage » :** le patient lutte contre ses envies de boire. Les professionnels s'attacheront à le déculpabiliser et le revaloriser.
- > **Phase de « construction de l'abstinence » :** en repérant les bénéfices de l'abstinence, le patient trouve la capacité et la motivation pour ne pas rechuter. Les professionnels s'attacheront à favoriser la réorganisation de l'existence sans alcool et la reconquête de l'autonomie.

**CET ACCOMPAGNEMENT REPOSE DONC SUR PLUSIEURS
ACTEURS ET MOYENS THÉRAPEUTIQUES.**

2. PLACE DES PSYCHOTHÉRAPIES :

C'est un des moyens incontournables de l'accompagnement des patients alcoolo-dépendants. Il existe tout un continuum qui va de la simple relation d'aide à la psychothérapie structurée.

• **Psychothérapie de soutien :**

Il s'agit d'une psychothérapie s'appuyant sur une écoute empathique, sans jugement mais avec un engagement du soignant dans la relation. Tout soignant, quelle que soit sa place, peut assurer cette relation d'aide à condition qu'il puisse rencontrer régulièrement le patient.

• **Psychothérapies cognitivo comportementales :**

Ces thérapies visent à l'acquisition de nouveaux modèles de comportement permettant au patient d'affronter de façon pratique les envies de boire ou les situations à risques. Elles se pratiquent individuellement ou en groupe. Quelles que soient les techniques psychologiques ou le type de psychothérapie, établir une relation de qualité qui allie écoute, patience et disponibilité apparaît être le principal soin à proposer.

• **Groupes de paroles :**

Ils permettent aux patients de retrouver une identité à travers les échanges avec d'autres. Cela renforce la déculpabilisation et facilite l'acceptation du statut de malade. Ces groupes permettent la médiation lorsque la parole est difficile et ouvrent parfois un travail de valorisation de l'image de soi par des activités diverses.

6

ACCOMPAGNEMENT ET MAINTIEN DE L'ABSTINENCE

3. PLACE DES MÉDICAMENTS SPÉCIFIQUES :

Les traitements médicamenteux interviennent en complément de la prise en charge psychosociale dans cette phase de maintien de l'abstinence.

• *Traitements réducteurs de l'appétence :*

Deux molécules ont fait la preuve de leur efficacité avec une augmentation significative du pourcentage de patients abstinentes à 6 mois, dans le cadre d'une prise en charge globale. Leur efficacité à plus long terme reste discutée. Une éducation du patient doit accompagner la mise en place du traitement pour faciliter l'observance. Il est important d'expliquer ce qu'on peut attendre du traitement : baisse de l'appétence à l'alcool et prévention de la rechute.

ACAMPROSATE (AOTAL®) :

Posologie : 4 cp/j si poids < 60kg ; 6 cp/j si poids > 60kg.

AMM : L'acamprosate est indiqué dans le « maintien de l'abstinence chez le patient alcoolo-dépendant ». Il doit être associé à la prise en charge psychologique.

La durée recommandée du traitement est de 1 an.

Prescription dès l'induction ou dans les suites immédiates du sevrage.

Effets secondaires décrits : diarrhée, prurit.

Contre-indication : grossesse.

NALTREXONE (REVIA®) :

Posologie : 1 cp/j le matin : Commencer par 1/2 cp les 3 premiers jours.

AMM : Traitement de soutien dans le maintien de l'abstinence chez les patients alcoolo-dépendants. Le traitement par la naltrexone ne peut être institué qu'après la phase de sevrage alcoolique et doit être associé à la prise en charge psychologique.

Durée du traitement : 3 mois en l'absence de données cliniques pour des durées supérieures.

Effets secondaires décrits : troubles digestifs, céphalées.

Contre-indications : grossesse, insuffisance hépato-cellulaire, patients sous opiacés.

TRAITEMENT ANTABUSE : DISULFIRAM (ESPERAL®) :

AMM : traitement aversif qui crée un conditionnement négatif vis-à-vis de l'alcool. Il ne doit être utilisé qu'avec des patients volontaires et informés des risques. Ce n'est pas un traitement de première intention et ne doit pas être prescrit à la demande de l'entourage.

Posologie : 1 cp/j le matin.

Contre-indications : insuffisance hépato-cellulaire, épilepsie, troubles de conduction, diabète, insuffisance cardiaque, grossesse.

BACLOFENE (LIORESAL®) :

Des effets intéressants ont été observés chez certains patients seulement. Il ne dispose pas actuellement d'AMM pour l'alcoolo-dépendance mais des essais cliniques sont en cours.

6

ACCOMPAGNEMENT ET MAINTIEN DE L'ABSTINENCE

• MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES :

La prescription de benzodiazépines sera évitée le plus possible en dehors du sevrage. On lui préférera en cas de troubles anxieux l'utilisation de buspirone ou d'antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS).

La consommation chronique d'alcool peut être la cause d'une humeur dépressive. La persistance des symptômes après 2 à 4 semaines peut amener à prescrire un traitement anti-dépresseur dans le cadre d'une dépression avérée.

4. PLACE DES SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION :

Encore appelés cure et post-cure, ces soins offrent, dans un environnement protecteur, un temps de récupération physique et psychologique et une rééducation à une vie sociale sans alcool.

Ils doivent s'intégrer dans le temps du post sevrage et respecter les indications suivantes :

- Patients en grande difficulté avec l'alcool, dépendance sévère et/ou ancienne.
- Rechutes itératives.
- Épuisement de la prise en charge initiale par les soignants (répétition des échecs).
- Nécessité de maintenir un éloignement familial, social ou professionnel.
- Motivation du patient, « effet contrat » intéressant.

Les contre-indications principales retenues :

- Absence de motivation.
- Absence de projet thérapeutique et de perspectives personnelles.
- Comorbidités somatiques et/ou psychiatriques non stabilisées.
- Inadaptation à la vie communautaire (personnalité antisociale).
- Post-cure alibi social.

Ces moments thérapeutiques peuvent durer de 1 à 6 mois (moyenne de 3 mois). Le manque de structures rend l'accès à ces soins difficile.

5. PLACE DES MOUVEMENTS D'ANCIENS BUVEURS :

Il existe des associations dites « néphalistes ou d'entraide » sur lesquelles les soignants peuvent s'appuyer pour certains patients. Leur intérêt est de proposer une aide mutuelle pour acquérir et maintenir l'abstinence.

7

ATTITUDES FACE À LA RECHUTE

LA RECHUTE FAIT PARTIE INTÉGRANTE DE LA TRAJECTOIRE DU PATIENT ALCOOLO-DÉPENDANT

Après des périodes d'arrêt, il est classique que le patient alcoolo-dépendant souhaite retrouver le lien positif qu'il avait avec l'alcool avant la dépendance. Pensant pouvoir boire « comme tout le monde » le patient rechute alors d'autant plus facilement que les sollicitations sont nombreuses.

Du côté des soignants, bien que des études aient montré qu'un tiers des patients suivis restaient abstinents à un an, il y a souvent des abandons thérapeutiques. **Les soignants sont trop souvent pessimistes face à la dépendance à l'alcool.**

EN CAS DE RECHUTE QUE FAUT-IL ÉVITER ?

- Banaliser ou dramatiser.
- Culpabiliser.
- Répondre par un nouveau sevrage immédiat.
- Se décourager ou abandonner.
- Chercher l'aveu en cas de déni.

Evoquer la possibilité d'une rechute dès la préparation du sevrage facilitera la verbalisation du patient et permet d'éviter des ruptures de soins liées à la honte.

QUE FAUT-IL FAIRE ?

- Déculpabiliser le patient en expliquant la fréquence des rechutes dans les trajectoires d'alcoolo-dépendance.
- Repérer avec le patient les situations à risques de reprise d'alcool.
- Faire réfléchir le patient sur la notion de répétition. Lui permettre de prendre conscience de l'existence de dommages médicaux, psychologiques et sociaux, afin de favoriser à nouveau la motivation à un nouvel arrêt.
- Autoriser le patient à évoquer le vécu positif de cette reprise et accepter si nécessaire de faire avec lui l'expérience d'une consommation contrôlée.
- Lui permettre a contrario d'exprimer les bénéfices de l'abstinence afin de le motiver à nouveau dans une démarche d'arrêt.
- Favoriser la prise de conscience de la réalité de la dépendance et remettre en place, à ce moment là seulement, une démarche de sevrage.
- En cas de déni de la rechute, insister sur les éléments traduisant son mal-être.

ATTITUDES FACE AU DENI

QU'EST-CE QUE LE DÉNI ?

Le déni est un mécanisme de défense psychique correspondant à un refus de reconnaître une réalité traumatisante et de la remplacer par une autre plus tolérable. Le déni traduit un sentiment de culpabilité, de honte et donc de souffrance. Il peut exister également dans l'entourage du patient dépendant. Les résistances des patients peuvent induire aussi des résistances du côté des soignants. Les attitudes de déni favorisent des contre attitudes du côté soignant : impuissance, rejet, colère.

LE DÉNI EST RAREMENT UNIVOQUE ET PEUT S'EXPRIMER SUR DIFFÉRENTS NIVEAUX :

• **Le déni de la responsabilité de l'alcool dans les dommages induits :**

« Je bois, mais je n'ai pas de problème » ou « je bois comme tout le monde ». C'est le déni le plus connu. Le patient croit que l'alcool peut encore apporter un bien-être immédiat. Face à ce type de déni, il faut aider à la prise de conscience des liens entre la consommation d'alcool et les dommages.

• **Le déni de la dépendance :**

« Je m'arrête quand je veux ». C'est le déni de la perte du contrôle de la consommation. Cela traduit l'idéal de maîtrise propre à chacun mais qui est d'autant plus fort que le sujet est dépendant. Cette dépendance va souvent au delà du produit alcool et traduit les failles du processus d'autonomisation - individuation de la personne malade. Ce mécanisme de déni associé au fait que l'alcool reste ressenti par le dépendant comme le bon produit qui l'aide à se sentir bien, explique les mécanismes de rechute. La répétition de la séquence dépendance/arrêt/rechute permettra au soignant de lever le déni.

• **Le déni de toute consommation :**

« Je ne bois pas ». Ce déni doit faire évoquer la présence de troubles cognitifs sévères chez un patient alcoolo-dépendant non sevré. Chez un patient en cours de sevrage cela peut masquer une rechute difficile à exprimer.

QUE FAIRE DU DÉNI ?

- Ne jamais chercher l'aveu.
- Éviter la confrontation.
- Aider à faire des liens entre la plainte du patient (corps, tête, famille, portefeuille...) et sa consommation d'alcool.
- Ne pas imposer comme seule solution le sevrage immédiat.
- Prendre le temps de travailler la demande.
- Mettre en place des entretiens réguliers pour renforcer la relation de confiance.
- Montrer l'intérêt qu'on lui porte en tant qu'individu dans sa globalité, alors même qu'il est trop souvent interpellé uniquement autour de la question alcool.

QUELLE PLACE POUR L'ENTOURAGE ?

Il est nécessaire d'associer l'entourage dès le début de la prise en charge. Il faut pouvoir entendre sa souffrance tout en l'informant des enjeux thérapeutiques, de la notion de temps nécessaire et des éventuelles rechutes.

L'entourage d'un patient alcoolodépendant est toujours en souffrance.

Certains deviennent dépendants du comportement de consommation de l'autre (phénomène de codépendance). Ils contrôlent l'autre sans ajuster leur propre comportement en fonction de leurs besoins. Ils excusent longtemps l'autre puis ressentent colère, peur et honte. Pour éviter de tomber dans un « piège relationnel » tendu inconsciemment par l'entourage, aucune décision thérapeutique ne doit être prise en cas de crise en dehors d'une urgence (problème psychosomatique ou violence). Il faut annoncer très clairement à l'entourage que ce qui sera dit en l'absence du patient, lui sera communiqué et ainsi inciter chaque personne à s'adresser directement au patient.

DEUX CAS DE FIGURE SE PRÉSENTENT LE PLUS SOUVENT AU SOIGNANT :

• L'entourage consulte en dehors du patient concerné :

Rester focalisé sur le patient absent risque de transformer le soignant en « allié inconscient » de l'entourage, gênant toute possibilité d'action thérapeutique ultérieure auprès du buveur. L'enjeu de la consultation va être d'aider l'entourage à mieux comprendre les difficultés et de répondre aux inquiétudes ou aux interrogations par rapport aux solutions possibles. Il faudra donner des informations sur la maladie alcoolique et les alternatives thérapeutiques sans banaliser ni dramatiser. Une proposition de rendez-vous avec le patient buveur est souhaitable pour tisser le lien qui permettra d'amorcer une prise en charge. Si la souffrance de l'entourage est forte, un suivi psychologique doit lui être proposé.

• La demande conjointe (entourage + patient) :

Les premiers entretiens vont permettre d'évaluer qui demande et quels sont les enjeux de la consommation dans l'équilibre familial. Il peut être utile de proposer des temps d'entretien distincts pour aborder des questions spécifiques :

- > la perte de confiance.
- > les changements de comportements vis-à-vis de l'autre, savoir s'abstenir de protéger, de contrôler et être capable de le laisser face à ses responsabilités.
- > les moyens de sortir de la codépendance en réapprenant à écouter ses propres désirs.

10

GUIDE DE SUIVI AU SEIN DU RESEAU

- > Les médecins généralistes sont bien placés pour écouter les patients en souffrance avec l'alcool. Leur premier rôle est d'installer un climat de confiance qui permettra de construire une démarche de soins sur le long terme.
- > Tous les médecins généralistes peuvent accompagner efficacement un patient dépendant de l'alcool à condition de ne pas le faire seul. Des professionnels du réseau, travailleurs sociaux, psychologues, psychiatres, sont des recours efficaces auprès du patient.
- > Au sein du réseau le médecin généraliste pourra développer ses compétences et ses connaissances en matière de dépendance.
- > La coordination des intervenants autour d'un patient désirant se soigner est indispensable et peut permettre de raccourcir la trajectoire de dépendance.
- > Tous les médecins peuvent réaliser un sevrage ambulatoire à condition d'être disponible pour le patient et d'être en lien avec une équipe spécialisée.
- > Le médecin généraliste peut prendre une place dans la prise en charge de l'alcoolodépendance en définissant avec son patient un projet d'abstinence durable. Faire évoluer la motivation, préparer et accompagner la phase de sevrage, suivre le patient dans la durée pour l'aider à maintenir son abstinence.
- > En fonction de l'investissement de chaque médecin, la consultation spécialisée auprès d'une équipe d'alcoologie peut se justifier :
 - Dès le début des soins pour les patients en grande difficulté.
 - Dès le début des soins si un sevrage hospitalier est nécessaire.
 - Pendant les soins si un sevrage ambulatoire se révèle impossible.
 - Pour des patients ayant des problèmes psychologiques, psychiatriques ou sociaux importants.
 - Lorsque des signes d'épuisement ou de lassitude du professionnel se font sentir notamment dans le cadre de la rechute ou de pressions familiales importantes.
- > **Dans toutes ces situations, l'utilisation du dossier patient partagé ORNICARE sera toujours utile au suivi coordonné des patients volontaires.**
- > **La participation à la vie du réseau permet d'améliorer les savoir-faire et les savoir-être grâce notamment aux séances de formation/coordination et aux outils d'échanges et de partage.**

*Références bibliographiques***-1-*****Les conduites d'alcoolisation : du repérage précoce au réseau de prise en charge***

Coordonné par Benoit Fleury, John Libbey, Eurotext, Paris 2003.

-2-***Le malade alcoolique***

Paul Kiritzé-Topor/Jean-Yves Benard, Edition Masson, Paris 2003.

-3-***Usage nocif des substances psychoactives***

La documentation Française, Paris 2002.

-4-***Dossier Alcoolodépendance***Philippe Batel, *Revue du praticien médecine générale*, n° spécial décembre 2003.**-5-*****Alcoolodépendance : rompre le cercle vicieux***

François Vabret, Christine Cognard, Annie Davy,

Revue du praticien médecine générale, n° spécial decembre 2003.**-6-*****Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant***

Conférence de consensus, 17 mars 1999, Maison de la chimie, Paris.

-7-***Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après sevrage***

Conférence de consensus, 7/8 mars 2001, Cité des sciences et de l'industrie, Paris.

-8-***Le syndrome de sevrage alcoolique : le prévoir, le prévenir, le repérer et le traiter****Revue prescrire* 2006 ; 26 (275) : 582-601.**-9-*****Alcoolodépendance : après le sevrage****Revue prescrire* 2009 ; 29 (306) : 270-278 et 29 (307) : 361-368.

Auteurs

Docteur Anne-Françoise Bertin

Médecin alcoologue – Reims

Docteur Rémi Vannobel

Médecin généraliste – Reims

Docteur Dominique Dépinois

Médecin fondateur du réseau – Reims

Comité de relecture au sein du réseau

Docteur Paul Belvèze

Docteur Danièle Festin

Docteur Aline Hurtaud

M^{me} Eugénie Lemaire

Docteur Jean Lévy

Docteur Marie Marc

Docteur Marie Masure

Docteur Alain Rigaud

Docteur Patrick Roua

L'association GT 51

