

**D. Jacques**

MD, Cliniques Universitaires de  
Mont-Godinne

# LA PRISE EN CHARGE DE L'ALCOOLISME

## 1 Introduction

L'alcoolisme est une pathologie sévère se trouvant aux confins d'enjeux médicaux, psychologiques et sociaux. Bien que souvent évoquée dans nos sociétés, la problématique reste souvent méconnue. Le regard social a plutôt tendance à être sévère et rejetant.

L'alcoolisme ou la dépendance alcoolique présente des causalités et des conséquences multiples. La présentation du problème peut revêtir des aspects très variables d'un individu à l'autre. « Les prises en charge des alcoolismes » aurait sans doute été un titre plus adéquat pour tenter de décrire la réalité clinique de cette question.

Tout d'abord sera reprise la question de la définition de l'alcoolisme. Seront envisagées ensuite les différentes options thérapeutiques disponibles. Enfin, le concept de motivation au changement sera développé afin de voir comment il permet une articulation des soins.

## 2 Définitions

C'est à la fin du dix-neuvième siècle que fut introduit le terme « alcoolisme » par Magnus Huss, médecin suédois. Ce dernier avait constaté la fréquence augmentée de maladies hépatiques, cardiaques et neurolo-

giques résultant d'une consommation abusive d'alcool.

Longtemps la définition est restée centrée sur les conséquences organiques de la consommation « excessive » d'alcool.

En 1950, en France, le docteur Pierre Fouquet définit l'alcoolisme comme « la perte de la liberté de s'abstenir d'alcool ». Il fut un des pionniers du développement du concept d'« alcoologie » proposant une approche globale intégrant l'individu, l'alcool et le milieu.

A la même période, aux Etats-Unis, le docteur Elvin Morton Jellinek décrit l'alcoolisme comme « tout usage de boisson alcoolique qui cause quelque dommage à l'individu, à la société ou aux deux ». Jellinek fut longtemps le conseiller technique de l'Organisation Mondiale de la Santé dans le domaine de l'alcoolisme.

L'O.M.S. retient la définition suivante : « Les alcooliques sont des buveurs excessifs dont la dépendance à l'égard de l'alcool atteint un degré tel qu'ils présentent des troubles mentaux notables, sur leurs relations avec les autres personnes et sur leur rôle normal social et professionnel, ou qui montrent des prodromes de telles conséquences. »

Une consommation d'alcool hebdomadaire supérieure à 28 verres chez les hommes (14 verres chez la femme) définit le seuil de consommation excessive. (O.M.S.) (Tableau 1)

### Résumé

La problématique de la dépendance alcoolique entraîne des conséquences souvent dramatiques : problèmes de santé, actes de violence, accidents de circulation, absentéisme au travail et désinsertion sociale. L'alcool a, d'autre part, une inscription socioculturelle dans notre mode de vie souvent associée à la convivialité.

L'alcoolisme est souvent défini par certains comme une maladie, par d'autres comme un fléau social. Il se différencie également selon les formes qu'il prend, ses origines et les fonctions qu'il remplit.

Quelle définition peut-on retenir ? Quelles sont les options thérapeutiques à mettre en oeuvre ? Des pistes de réponses seront envisagées au travers d'une réflexion sur le concept de la motivation au changement.

### Summary

#### TITRE ANGLAIS?

The problem of the alcoholic dependence entails often dramatic consequences: problems of health, acts of violence, traffic accidents, absenteeism in the work and lost of social insertion. The alcohol has on the other hand a sociocultural registration in our way of life often associated with conviviality.

The alcoholism is often defined by some as a disease by the others as a social plague. It also differs according to the forms which it takes, its previous history and the functions which it performs. What definition can we accept? What are the therapeutic options to be implemented? Some answers will be considered through considerations on the concept of motivation to change.

Tableau 1

#### **Recommandations OMS pour une consommation à moindre risque**

(1 unité = un verre standard, 10 g d'alcool par unité ou par verre)

##### **Consommations régulières**

- Femmes : pas plus de 2-3 unités d'alcool en moyenne par jour (moins de 14/semaine)
- Hommes : pas plus de 3-4 unités d'alcool en moyenne par jour (moins de 21/semaine)
- Au moins une fois par semaine sans boisson alcoolique

##### **Consommations occasionnelles**

- Pas plus de 4 unités d'alcool en une seule occasion

##### **Pas d'alcool dans les circonstances suivantes**

- Pendant la grossesse
- Pendant l'enfance
- Quand on conduit un véhicule
- Quand on conduit une machine dangereuse
- Quand on exerce des responsabilités qui nécessitent de la vigilance
- Quand on prend certains médicaments
- Dans certaines maladies aiguës ou chroniques (épilepsie, pancréatite, hépatite virale...)
- Quand on est un ancien alcoolo dépendant

Dans le D.S.M.-IV en 2000 (*Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders de l'American Psychiatric Association*), on trouve, concernant les troubles liés à l'utilisation d'une substance, la définition suivante de la dépendance à une substance:

Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois

- 1 Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
  - a) besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
  - b) effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance
- 2 Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
  - a) syndrome de sevrage caractéristique de la substance
  - b) la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage
- 3 La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu
- 4 Désir persistant ou efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance
- 5 Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, à utiliser le produit ou à récupérer de ses effets
- 6 Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance
- 7 L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance

Au travers de ce très bref survol historique des conceptualisations de l'alcoolisme, on peut s'apercevoir que, dans un premier temps, les conséquences organiques effectivement nombreuses ont attiré l'attention. La notion d' « excès » restait difficile à définir et certainement variable en fonction des normes sociales et culturelles.

L'O.M.S. donne des repères quantifiables mais qui n'entraînent pas nécessairement que la personne souffrant de dépendance perçoive l'existence d'un problème.

L'introduction dans la définition des dimensions de perturbations de la vie relationnelle ou professionnelle, du maintien de la consommation malgré une connaissance des dangers qu'elle représente ou encore de la perte de liberté (au sens large) apporte des possibilités d'une évaluation plus juste du problème. L'alcoolisme est ainsi perçu comme ayant des origines multifactorielles et des conséquences multiples.

Dans la pratique clinique, l'anamnèse des quantités d'alcool consommées est importante mais pour les raisons évoquées n'est pas toujours « rentable ». L'utilisation de questionnaires peut permettre d'aborder la question et de sensibiliser la personne de manière moins confrontante.

A titre d'exemple, le questionnaire «CAGE» (*JA Ewing, « Detecting Alcoholism : the CAGE questionnaire, JAMA 1905-1907, 1984*) est intéressant à évoquer et simple de passation. Il se révèle plus sensible si les questions sont amenées dans une anamnèse médicale « générale » sans justement de questionnement directif sur les quantités consommées. (Tableau 2)

Tableau 2

### QUESTIONNAIRE CAGE

*En général, ce test est considéré comme positif si au moins deux réponses sont affirmatives.*

#### Cut down :

Avez-vous déjà eu le sentiment de devoir diminuer votre consommation d'alcool?

#### Annoyed

Etes-vous parfois irrité par les remarques d'autres personnes concernant votre consommation d'alcool ?

#### Guilty

Avez-vous déjà ressenti un sentiment de culpabilité à cause de votre consommation d'alcool ?

#### Eye opener

Avez-vous déjà bu de l'alcool pour maîtriser vos nerfs ou pour vous débarrasser d'une gueule de bois ?

Ces considérations, bien que fondamentales, ne doivent pas occulter que l'enjeu premier d'une prise en charge n'est pas de poser, de prouver ou de valider un diagnostic mais bien de rencontrer une personne en souffrance. Cette « rencontre », où un intérêt réel est porté aux difficultés vécues de tout ordre et où une relation de confiance peut s'instaurer, reste la meilleure garantie d'un processus de soins qui pourra se développer.

De manière schématique, l'alcoolisme commence aussi par une rencontre, celle de l'alcool. Au début cette rencontre peut être comme une réponse à un mal-être (stress professionnel, timidité, déprime...) ou comme un amplificateur de plaisir (sorties entre amis, bons repas au restaurant...), parfois les deux à la fois. Jusque là l'alcool n'est pas un problème. Et puis les années passent, l'alcool s'installe et des complications physiques et/ou sociales apparaissent. L'alcool est devenu le problème. La rencontre de la personne et de son histoire permettra certainement de situer le stade où elle se trouve et d'orienter ainsi la logique d'intervention.

En Belgique, on estime que 7% de la population âgée de plus de 15 ans est concernée par la dépendance alcoolique. Si on considère le sexe, 10 % des hommes âgés de plus de 15 ans sont touchés contre 4% des femmes âgées de plus de 15 ans. (*Institut Scientifique de Santé Publique, Enquête de Santé par Interview, Belgique 2001.*)

On parle donc de 300.000 à 400.000 personnes en Belgique. C'est dire l'importance des « premiers espaces » de rencontre et de sensibilisation...

### 3 Traitement

Il n'existe pas de traitement causal « standard » et encore moins de médicament « miracle » qui ferait arrêter de boire. Comme repris dans la définition, ce qui pourra être proposé dépendra de nombreux facteurs. Je préférerai ici parler de « moyens ou d'outils thérapeutiques » plus que de « traitements ». Dans la dernière partie, nous envisagerons comment articuler ces « outils ».

#### 3.1 Les traitements médicamenteux

Un rappel s'impose sur les aspects métaboliques et pharmacologiques de la consommation d'alcool pour mieux situer les médicaments décrits ensuite.

L'éthanol ( $C_2H_5OH$ ) ingéré est absorbé essentiellement au niveau de l'intestin grêle dont 20% au plus sera métabolisé, le reste se distribuant rapidement à l'ensemble de l'organisme dans la circulation sanguine. Le foie prend en charge l'essentiel du métabolisme de l'alcool par la voie de l'Alcool Déshydrogénase. Cette voie conduit à la formation d'acétaldéhyde, ensuite oxydée en acétate. Le foie élimine près de 90 % de l'alcool ingéré.

Au niveau du système nerveux central, l'équilibre excitation/inhibition est à mettre en lien avec deux systèmes de neurotransmetteurs qui sont le Glutamate (excitateur) et l'Acide Gamma Amino Butyrique ou GABA (inhibiteur).

Les effets aigus de l'éthanol sont inhibiteurs de l'activité neuronale (potentialisation des effets du GABA). Dans le cadre d'une consommation chronique, cet effet s'affaiblit par le mécanisme de tolérance. Sur un plan neurologique, s'opère un changement adaptatif qui vise à rendre les cellules plus excitables de manière basale afin de contrebalancer l'effet inhibiteur de l'alcool et de maintenir ainsi un équilibre. Dans la littérature, trois mécanismes principaux sont retenus pour expliquer ces mécanismes adaptatifs :

- 1 Réduction de l'effet inhibiteur du GABA sur les récepteurs GABA<sub>A</sub>
- 2 Augmentation de l'effet excitateur du Glutamate sur les récepteurs NMDA
- 3 Augmentation de l'activité des canaux calciques au niveau des membranes neuronales

Le système opioïde endogène semble également sensible à cette neuro-adaptation. Plusieurs études ont montré des variations de l'ARNm du peptide opioïde lors d'une consommation chronique d'alcool. Les opiacés endogènes ont d'autre part comme action de bloquer la décharge des inter neurones GABA impliqués dans le circuit mésolimbique dopaminergique de récompense et donc d'induire une désinhibition.

Au vu de ce nouvel état d'équilibre qui s'est installé au fil de la consommation régulière d'alcool, on peut alors comprendre qu'un arrêt brutal de l'absorption d'éthanol conduit à ce que les neurones passent à un état d'hyperexcitabilité. L'équilibre est rompu et l'absence d'alcool ne contrebalance plus.

Cet état d'hyperexcitabilité est à la base du syndrome de manque. (*Scott E. Hemby, Neurobiology of Alcoholism in Handbook of Clinical Alcoholism Treatment pg 10-19, Lippincott Williams and Wilkins, 2003.*)

### 3.1.1 Traitements du sevrage aigu

Deux cas de figures doivent être envisagés. Tout d'abord le patient qui est désireux d'arrêter de consommer et qui bénéficie d'un suivi médico-psychologique. Dans ce contexte, les recommandations seront d'éviter un arrêt brutal de la consommation et d'envisager une diminution progressive, voire un temps d'hospitalisation pour une désintoxication substituée.

Il est ici possible d'anticiper et de suivre l'évolution des symptômes de sevrage. L'arrêt de la boisson est immédiatement substitué.

Ensuite, le patient qui n'est pas désireux ou prêt à être abstinent mais qui pour des raisons diverses mais extérieures à lui s'est retrouvé dans l'impossibilité de consommer. Les symptômes de sevrage (tremblements, sudation, anxiété...) sont alors déjà présents lors de la première rencontre avec un soignant et doivent être évalués rapidement. Au-delà de l'inconfort émotionnel pour le patient, ne doivent jamais être minimisés les risques suivants :

- 1 évolution vers un delirium tremens (lié à un accident de déshydratation et caractérisé par une confusion mentale avec désorientation spatio-temporelle, trouble des perceptions et hallucinations type «zoopsie»)
- 2 survenue d'un syndrome de Gayet-Wernicke (encéphalopathie liée à un déficit en thiamine ou vitamine B1 qui est utilisée de manière massive pour la régénération neurologique et caractérisée par un syndrome confusionnel, une ataxie, des paralysies oculomotrices et des troubles végétatifs)
- 3 survenue d'une crise d'épilepsie

En fonction de l'ampleur des symptômes et du statut médical du patient, les options thérapeutiques iront de la reprise de la consommation alcoolique avec un suivi en consultation à l'hospitalisation en urgence, voire en soins intensifs.

Le traitement du sevrage aigu consistera donc en :

- **La réhydratation et correction des éventuels désordres électrolytiques**
  - par voie orale (trois litres par jour)
  - par perfusion si besoin
- **Les vitamines du groupe B** permettant au système nerveux de reconstituer les gaines de myéline lésées par l'alcool et de compenser l'apport insuffisant en vitamine. En particulier la thiamine, vitamine B1 recommandée à une dose de 500 mg par jour.

- **Les benzodiazépines** pour éviter le syndrome de sevrage provoqué par la suppression de l'alcool et le déséquilibre « excitation/inhibition » résultant.

Les benzodiazépines ont un effet potentialisateur du système inhibiteur gabaergique par une action allostérique sur les récepteurs GABA. Elles possèdent d'autre part des propriétés anti-convulsivantes. Elles se révèlent être le traitement de choix pour le sevrage aigu à l'alcool.

Au début, le diazépam 10 mg à 20 mg peut être donné toutes les heures en fonction de la symptomatologie clinique. Les premiers jours de sevrage, les doses journalières de diazépam peuvent varier de 30 à 80 mg en fonction de l'individu. Par la suite, un dégressif bien suivi du traitement est à mettre en place avec le patient. Bien que traitement de choix du sevrage, les benzodiazépines restent elles-mêmes des traitements qui induisent une tolérance et une dépendance. Leur usage doit donc rester limité dans le temps et en milieu hospitalier. (*Robert Swif, Emergency Management of Alcohol Abuse and Dependence in Handbook of Clinical Alcoholism Treatment pg 140-150, Lippincott Williams and Wilkins, 2003*)

### 3.1.2 Traitements de consolidation

#### • Les antidépresseurs

En période d'abstinence et à distance du sevrage, des symptômes anxieux et dépressifs peuvent apparaître. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine sont indiqués avec une implication sur la régulation de l'appétence à l'alcool.

#### • Disulfirame

Son mécanisme d'action est d'inhiber l'aldéhyde déshydrogénase, bloquant ainsi la transformation de l'acétaldéhyde en acétate dans la voie de métabolisation de l'éthanol. L'accumulation d'acétaldéhyde est responsable de symptômes neurovégétatifs : flush, tachycardie, nausées et vomissements. D'autres réactions graves ont été décrites si consommation concomitante importante d'alcool : coma, collapsus cardiovasculaire voire décès.

Ce traitement est donc basé sur une dimension « aversive » par rapport à l'alcool. Bien que pouvant donner des résultats intéressants dans des indications bien précises, il n'est certainement pas un traitement de première intention et nécessite une bonne compliance et compréhension des effets du traitement chez le patient.

- **Acamprosate**

Est décrit comme facilitateur du maintien de l'abstinence en agissant sur l'appétence à l'alcool. Les études sur animaux ont démontré que l'acamprosate réduisait l'activation des synapses excitatoires liées au glutamate et potentialisait un effet inhibiteur bienvenu dans le contexte de sevrage. Aucune action directe n'a été mise en évidence sur les récepteurs GABA ou NMDA, mais des hypothèses concernant une action sur les mécanismes en amont des récepteurs sont explorées. Une autre hypothèse serait une action sur les récepteurs calciques impliqués dans l'hyperexcitabilité neuronale. Quoiqu'il en soit, les études acamprosate *versus* placebo montrent un intérêt et placent l'acamprosate comme substance « anti-craving ». De plus, l'acamprosate n'interfère pas avec la pharmacocinétique ou la pharmacodynamique de l'alcool, ce qui permet d'envisager le début du traitement même avant une abstinence effective.

La durée du traitement recommandée est de 1 an à la posologie de 6 comprimés par jour pour un poids supérieur à 60 Kg (4 comprimés pour un poids inférieur à 60 Kg). Le principal effet indésirable est la diarrhée qui est dose dépendante.

- **Naltrexone**

Un mot sur la naltrexone qui est un antagoniste pur des opiacés à longue durée d'action à qui on attribue également des propriétés « anti-craving ». L'indication est reconnue aux Etats-Unis, ce qui n'est pas le cas en Belgique. Le mécanisme d'action s'expliquerait par le blocage du système opioïde endogène responsable de l'inhibition du système gabaergique sur le circuit de récompense dopaminergique.

La durée du traitement recommandée est de 3 mois. La posologie est de 1 comprimé par jour. Les effets indésirables les plus fréquemment rencontrés sont des nausées et des céphalées. Ce médicament ne doit pas être utilisé chez des sujets en état de dépendance aux opiacés.

### 3.2 Les séjours hospitaliers

- Le sevrage hospitalier « court » : une semaine dans des services de médecine interne
- Le sevrage hospitalier « long » : en milieu psychiatrique souvent d'une durée de trois semaines ou parfois de plusieurs mois (centre de « post-cure »)

Comme décrit précédemment, le milieu hospitalier est l'endroit privilégié pour instaurer et suivre les traitements de

sevrage. Dans des situations bien précises, comme un patient inscrit dans un réseau de soins ambulatoires réguliers avec rencontres régulières du médecin généraliste ou du psychiatre traitant, un sevrage ambulatoire au domicile dans les cas de rechute peut être envisagé.

Concernant les décisions d'hospitalisations, elles ne doivent pas induire un « sentiment de solution-miracle » qui amènerait l'éviction du symptôme. L'hôpital reste un instrument parfois indispensable au service d'un projet global. (Roussaux, Jean-Pol « La préparation à la cure institutionnelle de l'alcoolique » *Louvain Médical*, S141-S145 Vol 117 n°5, 1998)

### 3.3 L'approche psychothérapeutique

- **Le soutien psychologique** : nécessaire durant toute la durée de la prise en charge et plus particulièrement dès la première rencontre tant le risque de « décrochage » du suivi est important.

- **Les groupes de parole et autres thérapies de groupe**

- **La psychanalyse et les psychothérapies d'inspiration analytique** : centrées sur le sujet et sur la restauration du sens au travers du décodage des symptômes conceptualisés comme « messages » de l'inconscient.

- **Thérapies conjugale et familiale, l'approche systémique** : qui permet de démarrer un travail quand souvent la personne alcoolique n'est demandeuse de rien mais que les proches par contre sont dans des attentes de changement. L'approche permet également de repérer les fonctions que la consommation d'alcool a prises au sein des relations.

- **Les thérapies cognitivo-comportementales** : basées sur la théorie qu'un comportement pathologique découle d'un mauvais apprentissage. Elles visent à développer des stratégies de changement au travers de l'expérience de nouveaux comportements et de l'analyse des pensées « qui n'aident pas ».

Concernant les différentes approches psychothérapeutiques, ne sont décrites ci-dessus que les grandes lignes directrices, au risque d'être « réducteur ». Il y aurait évidemment beaucoup plus de choses à dire. Même si les débats et conflits théoriques entre les différentes approches sont d'actualité, la réalité clinique de l'alcoolisme et de ses multiples implications et conséquences démontre la nécessité et la richesse de l'interdisciplinarité. Une vision intégrative des modèles psychothérapeutiques se révèle intéressante tout en préservant des espaces thérapeutiques distincts.

### 3.4 Les groupes d'entraide

- Les « Alcooliques Anonymes » qui visent à être un lieu d'accueil et de paroles pour la personne souffrant de dépendance alcoolique. L'entraide soutient ce cheminement qui amène à envisager que l'on reste alcoolique toute sa vie et que l'abstinence est la seule voie vers une vie épanouissante.
- Al-Anon, groupe d'entraide pour les familles ou les amis de personnes alcooliques.

## 4 La motivation au changement

Par analogie, on pourrait comparer le décours de ce texte à ce qui peut se passer lors des premières consultations pour une consommation alcoolique problématique. Nous avons les différentes définitions et options thérapeutiques mises sur la table et maintenant que fait-on ?

Que peut-on proposer et à quel moment ? Les « outils thérapeutiques » qui ont fonctionné pour l'un, fonctionneront-ils pour l'autre ? Comment évaluer qu'un patient « est prêt » à changer ? La notion de motivation au changement est un concept qui apporte un éclairage intéressant.

Au préalable, deux remarques sur les risques d'une mauvaise interprétation de cette notion de motivation.

La première serait de considérer cette motivation comme une simple question de volonté. « Vous buvez, c'est mauvais, il faut arrêter... ». Si la personne ne le fait pas c'est donc qu'elle ne veut pas changer.

« Vous continuez de boire ! Arrêter de me faire perdre mon temps, vous êtes mauvais... »

Le glissement vers un jugement de valeur vient alors rapidement et empêche la continuité des soins.

La seconde serait de croire que la maladie qu'est l'alcoolisme est une fatalité contre laquelle il est vain de lutter. Il devient alors impossible d'avoir une motivation quelconque puisque la personne ne peut pas changer. Cette vision entraîne une déresponsabilisation du patient et un vécu d'impuissance du côté du soignant ce qui, également, interrompt le processus de soins.

Depuis longtemps en psychologie de la santé s'est posée la question de comprendre ce qui peut motiver une personne à se soigner au sens large. Le « modèle des croyances sur la santé » (*Health Belief Model*, Becker et Maiman, 1975) a découlé de l'observation que toutes les personnes correctement informées de l'intérêt d'exa-

mens de dépistage n'adoptaient pas pour autant des comportements préventifs. Ce modèle souligne que la probabilité de se comporter « sainement » ne dépend pas exclusivement de la compréhension de l'information reçue sur une maladie mais sur l'évaluation faite par la personne du degré de menace de la maladie, évaluation influencée par la perception de sa propre vulnérabilité et par les croyances sur la gravité des conséquences de la maladie. L'optimisme irréaliste (*Weinstein, 1984*) ou l'illusion d'invulnérabilité (*Abrams, 1990*) peut nous amener à croire que l'on court moins de risque que les autres. (*Zani, Bruna « Théories et modèles en psychologie de la santé ». In FISCHER, G.-N. (Sous la direction). Traité de psychologie de la santé. Dunod, Paris, 2002, pp. 21-46*)

La théorie de la motivation à se protéger (*Rogers, Ronald W. "A protection motivation theory of fears appeals and attitude change". Journal of Psychology, 91 (1), 93-114*) rajoute le concept du sentiment d'auto-efficacité (*Bandura, Albert. "Self-efficacy in changing societies" Cambridge University Press. New York, 1995*) ou le sentiment éprouvé d'être capable d'effectuer un comportement ou un changement de comportement. Dans le même temps le modèle transthéorique de Di Clemente et Prochaska s'intéressait au processus qui conduisait un individu à décider d'agir. Le modèle décrit cinq phases par lesquelles un individu peut passer. Transposées à la question de l'alcoolisme, les cinq phases sont les suivantes : (Tableau 3)

Tableau 3

#### Modèle Transthéorique de Di Clemente et Prochaska

- **Précontemplation**

Ne pas se sentir concerné par un problème lié à la consommation d'alcool

- **Contemplation**

Perception d'un problème et de conséquences négatives mais ambivalence à changer

- **Préparation au changement**

Décision d'agir

- **Changement**

Abstinence

- **Maintien ou rechute**

(*Prochaska, James O. & DiClemente, Carlo C. « Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change". Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 19 (3), 276-287, 1982*)

Enfin le modèle Bio-Psycho-Social (Zani, 2002) a amené à prendre en considération les facteurs psycho-sociaux. La maladie n'est plus vue selon des causalités linéaires mais lue au travers de l'interaction des aspects biologiques, psychologiques et sociaux.

Pour revenir sur la prise en charge de l'alcoolisme, le modèle de Di Clemente et Prochaska constitue un point de repère intéressant. Il faut évidemment considérer que ces cinq phases ne sont pas nécessairement chronologiques, une personne peut être au stade de préparation au changement et repasser ensuite en pré-contemplation. L'intérêt est descriptif et indique au soignant quelles stratégies sont opportunes. Ainsi, face à un patient en « précontemplation », l'objectif sera de s'assurer que le patient revienne à la prochaine consultation sans autres attentes. Il serait prématuré à ce stade de sortir tout un arsenal de propositions thérapeutiques qui pourraient faire « fuir » la personne. Il n'en serait pas de même au stade de « préparation au changement ».

Cette conceptualisation peut également être une protection dans le chef du soignant qui pourrait être tenté de « juger » ou de tomber dans « l'impuissance ». Elle permet de garder un regard objectif et professionnel dans la prise en charge.

Ces diverses théories ont amené à développer des techniques d'entretien standardisé appelé « entretien motivationnel » (Rollnick, Stephen & Miller W.R. "What is motivational interviewing?" *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 325-334, 1995)

Basé sur le modèle de Di Clemente et Prochaska, l'entretien motivationnel a plusieurs visées :

1 la non directivité concernant les solutions mais la vérification préalable de l'existence de la perception d'un problème. Via un questionnement dit « socratique » (questionnement naïf de tout ce qui semble évident, questions ouvertes, étonnement à propos des paradoxes), l'objectif est d'amener le patient par lui-même à mettre en lien les problèmes de sa vie et l'alcool.

2 une fois la perception du problème confirmée, vient l'évaluation des possibilités de changement. Le patient réalise « une balance motivationnelle » c'est-à-dire un inventaire des avantages et inconvénients à vivre sans alcool et inversement à continuer de boire. La recherche avec le patient de renforcements positifs à être abstinent est fondamentale. La peur des conséquences de l'alcool peut susciter une motivation forte

à arrêter mais rarement durable. En somme, l'idée n'est pas d'arrêter de boire parce que c'est mauvais (même si c'est vrai) mais de considérer que la vie redevient agréable parce qu'on est abstinent.

3 au stade de la préparation au changement, il est alors important d'aider le patient à réaliser qu'au fond arrêter de boire n'est pas le problème le plus important, la question de ne pas rechuter est plus complexe. Des stratégies de prévention de la rechute doivent être envisagées avant la phase de changement de même qu'un plan de réactions si une rechute se produisait.

On pourrait croire que parler de la rechute précocement serait une attitude « pessimiste » mais cela a deux fonctions centrales. Avant tout de rester réaliste (éviter les minimisations), la rechute n'est pas une chimère. Et, comme décrit plus haut, c'est justement « l'optimisme irréaliste » qui est facteur de mauvais pronostic. Ensuite de pouvoir dédramatiser la rechute en la considérant comme un moyen d'apprendre par ses erreurs. La rechute vécue comme un échec chargé de culpabilité a souvent comme effet d'augmenter la consommation. L'enjeu est alors de maintenir les contacts en consultation pour pouvoir analyser et comprendre ce qui a pu se passer. (Cungi, Charly « Faire face aux dépendances ». Paris : Retz, 2000).

## 5 Conclusions

Au travers de ce résumé non exhaustif des possibilités de prise en charge de l'alcoolisme, il ressort qu'il n'existe pas une solution unique au problème. Prendre en charge une problématique d'alcoolisme implique de ne pas être seul, chaque intervenant avec ses compétences propres a besoin de la multidisciplinarité.

La rencontre de la personne en souffrance et une empathie soutenante mais réaliste restent le pilier central d'un processus de soins. Des réseaux de soins dits « spécialisés » se sont organisés mais les réseaux de soins doivent aussi s'improviser vu l'hétérogénéité de la première demande de soins. Comme intervenant potentiel, rechercher l'information locale ou générale sur les possibilités de prise en charge est une démarche importante.

Les concepts de la motivation au changement sont une grille de lecture simple mais qui a le mérite de baliser certains repères et de donner une base de communication pour les intervenants aux compétences différentes.