



MIEUX ACCOMPAGNER LES PERSONNES USAGÈRES D'ALCOOL EN MÉDECINE GÉNÉRALE

GUIDE PRATIQUE
DE LA RÉDUCTION DES RISQUES
LIÉS À L'ALCOOL (RDRA)



**MODUS
BIBENDI** COLLECTIF
DES ACTEURS
DE LA RDR ALCOOL



“

Ce qui
tue dans
l'alcool
ce sont
d'abord
nos silences

”

LIBÉRER LA PAROLE DES PATIENTS



Préambule

Avant de vous plonger dans ce guide, nous vous invitons à lire la notice qui en précise le contexte et les principes.

Chacune des étapes d'intervention proposées peut être réalisée sans induire la mise en œuvre de toutes les autres.

Ce guide est accompagné d'un livret pédagogique (incluant des vignettes cliniques) qui vous permettra d'aller plus loin.

Libérer la parole des patients

S'il n'y avait qu'une étape à retenir, ce serait celle-ci : « *Ce qui tue dans l'alcool ce sont d'abord nos silences* »

Le problème est récurrent, en médecine générale comme ailleurs : praticiens et patients évitent autant que possible d'aborder le sujet de l'alcool : sujet complexe, représentations péjoratives, injonction à modifier les pratiques de consommations s'il y a problème.

Tout concourt à éviter d'en parler, jusqu'à ce que la situation soit vraiment grave.

Aborder le sujet systématiquement, comme l'on peut évoquer l'usage de tabac ou les pratiques alimentaires c'est déjà réduire les risques

Créer un contexte favorable : s'adresser à sa patientèle avant de s'adresser au patient ; signaler par de l'**information accessible en salle d'attente** que, dans notre cabinet, on est sensible à ces questions et qu'on l'aborde différemment des discours « usuels » ; c'est le bruit de fond et l'information minimale (affiches, flyers).

Etablir ou consolider une relation de confiance par une écoute empathique, sans jugement, c'est **permettre aux personnes, qu'elles veuillent ou non changer leurs pratiques, d'en parler quand même** et de réfléchir aux éventuelles adaptations nécessaires ; l'alcool doit être abordé comme un facteur de risque parmi d'autres ; en parler devrait être simple puisque l'usage d'alcool est une « pratique sociale normative » partagée par une large majorité (y compris chez la plupart des médecins...).

Il est nécessaire de tenir compte de la honte, de la peur d'être jugé, de la faible estime de soi ou de la culpabilité ; elles sont présentes chez la plupart des personnes en difficulté avec leur usage d'alcool, avec ou sans dépendance, et sont le fruit du regard social et des discriminations que subissent ces personnes perçues comme « alcooliques ». Cela les pousse à taire leurs difficultés, d'autant plus quand les « admettre » induit de devoir ensuite modifier ou arrêter leurs consommations.

En pratique

Pour libérer cette parole, il est très important, avec nos patients, d'**identifier les fonctions positives**, les bénéfices qui justifient toute alcoolisation, qui donnent du sens aux consommations, qui les rendent satisfaisantes, nécessaires, voire

indispensables pour eux ; il faut donc les encourager à en parler. Quelles que soient les souffrances ou difficultés induites par l'usage d'alcool, elles ne sont que les effets indésirables mais parfois nécessaires à l'obtention de ces bénéfices.

- **Les effets recherchés** (et/ou obtenus) sont multiples : euphorisant, désinhibant, anxiolytique, excitant, dopant, antalgique, hypnotique, amnésiant, anesthésiant..
- **Les fonctions** : s'extraire de la réalité pour soulager des souffrances, surmonter des obstacles, supporter ou oublier une existence monotone ou pénible, « gommer le passé », combler l'ennui, le vide ou la solitude, « voyager »... ou, tout simplement, s'intégrer socialement et s'autoriser un peu de fantaisie et d'insouciance.

Attention, ces fonctions et bénéfices sont « dose-dépendants » : leur obtention est induite par un niveau d'alcoolémie spécifique : un effet anxiolytique par exemple nécessitant chez une personne une alcoolémie à 3 grammes ne pourra être obtenu si la personne s'astreint à n'être qu'à 1 gramme. L'encouragement à réduire les consommations par le médecin peut donc induire la perte de fonctions essentielles.

À la question « combien » (buvez-vous ?), qui a finalement peu d'intérêt et fausse le travail en induisant l'évolution quantitative comme objectif, il vaut mieux préférer « **comment** », « **pour (obtenir) quoi** » et « **avec quelles conséquences** » (positives et négatives) pour **permettre au patient et au médecin de mieux comprendre les bénéfices des alcoolisations à mettre en perspective avec les risques et dommages**. Les questions peuvent être :

Quelles sont les satisfactions que vous procure l'alcool ? Quels effets de l'alcool vous semblent agréables ou nécessaires ? Comment vous sentez-vous sous alcool ? A quoi diriez-vous que l'alcool vous sert ? Quelles sont d'après vous les conséquences de vos consommations d'alcool, sur votre moral, votre forme physique, votre sommeil, vos relations aux autres, votre vie sociale ou professionnelle, votre bien-être ou votre qualité de vie... ? Et d'après vos proches ? A quels moments de la journée ou de la semaine ressentez-vous le besoin ou l'envie de consommer le plus ? ...

Informez sur les risques médico-psycho-sociaux liés à l'alcool

- **Risques et dommages psycho-sociaux, les premiers à apparaître** : ruptures, problèmes judiciaires (conduite sous l'emprise de l'alcool...), perte d'emploi, isolement...
- **Risques pour la santé** : accidents, fatigue (sommeil perturbé) voire épuisement, vieillissement accéléré, pathologies digestives, neurotoxiques ou neuro-dégénératives, psychiques (troubles de l'humeur), cardiovasculaires, métaboliques..., états de manque...

ATTENTION : la perception et l'évaluation des risques appartient au patient : elle est subjective et peut souvent être différente de celle du soignant. Les risques et dommages seront d'autant plus acceptables ou supportables par le patient qu'il sera attaché à préserver bénéfices et fonctions des alcoolisations.



Accompagner/sécuriser les personnes et leurs consommations = le préalable

Avant d'envisager un quelconque changement dans les modes de consommations, la priorité et de les sécuriser par un certain nombre de précautions d'usage.

Adapter le mode d'accompagnement aux pratiques et au rythme des patients (et non l'inverse).

En pratique

- Donner les rendez-vous de consultation à des horaires adaptés aux réalités d'usages (ce qui nécessite de les connaître).
- Parce que certaines personnes s'imposent de ne pas boire pour venir en consultation ou se privent d'y aller si elles ont bu et se mettent ainsi en souffrance, pouvoir accueillir les personnes alcoolisées (ce qui ne signifie pas ivres) plutôt qu'en état de sous-alcoolisation ou de manque et les informer de cette possibilité.
- Les aider à éviter l'usage de la conduite automobile ou les trajets longs pour les personnes avec difficultés motrices : favoriser l'accompagnement par un tiers, VAD, téléconsultation...

Remplacer le préalable classique (implicite ou explicite) de la non-consommation pour consulter par celui explicite de la sécurisation des consommations.

En pratique

- Rechercher une « zone de confort » : ni trop ni trop peu (alcoolémie nécessaire et suffisante pour se sentir « bien », variable d'un patient à l'autre) ni trop vite (une montée lente permet une meilleure adaptation cérébrale) ; parfois, cela impose d'augmenter les consommations pour éviter le manque.
- Éviter le « yoyo » : mieux répartir les consommations pour éviter une alternance de sur-alcoolisations (dépassant l'effet psychoactif recherché et source de mal être ou de troubles du comportement non désirés) et de sous-alcoolisations (entraînant une souffrance liée au manque, cette souffrance étant d'abord psychique bien avant de prendre la forme visible par des signes cliniques type sueurs, tremblements...).
- Informer sur le rôle nocif des interdits (familiaux ou institutionnels) qui entraînent des alcoolisations cachées, rapides et massives, et favorisent justement le « yoyo ».
- Plutôt que boire forcément moins, si possible boire autrement : hydratation (limite l'impact neurologique, la « gueule de bois » et la fatigue) ; alimentation (l'alcool étant soluble dans la graisse, la montée de l'alcoolémie sera plus lente), imprégnation diffuse plutôt que rapide (meilleure répartition des consommations sur la journée)...
- Repérer, pour les limiter ou les adapter, les circonstances où les alcoolisations peuvent poser le plus de problèmes : conduite automobile, travail, garde d'enfants...
- Orienter si possible, quand les alcoolisations solitaires posent problème, vers des lieux de consommations à moindre risques, où la

consommation est accompagnée et sécurisée : avec des proches bienveillants, au bar, en accueil « bistrotier »...

- Éviter la iatrogénie (cf plus bas).
- Tenir compte des poly-consommations (cf plus bas).
- Chercher à agir d'abord sur les conditions d'existence et sur l'environnement qui impactent les consommations notamment en cas de précarité : accès aux droits, à un logement décent, aux soins, à des liens sociaux...

Évaluer, diagnostiquer

Une juste évaluation doit recenser :

- Les risques, théoriques, et dont la notion pour le patient est subjective, et les dommages, eux bien concrets, qui doivent être diagnostiqués pour une pleine information du patient, en identifiant ceux qui lui posent le plus de problèmes et ceux qui lui paraîtraient acceptables.
- Mais aussi les bénéfices des alcoolisations, en les classant par ordre d'importance pour le patient : certains peuvent s'avérer secondaires, d'autres apparaître comme très utiles, voire existentiels.

Un choix éclairé du patient nécessite une identification claire des effets positifs de ses manières de boire, ainsi que des risques et des éventuelles répercussions pathologiques ou psychosociales de son usage d'alcool.

ATTENTION : il peut être difficile de faire énoncer par le patient ces effets positifs quand le regard social et les discours ambiants renvoient toujours la personne à la dimension « problématique » de ses pratiques. Cette difficulté est accrue si la personne est en détresse ou en crise lorsqu'on aborde le sujet.

En pratique

Évaluer avec le patient la liste des bénéfices ressentis, risques potentiels et dommages subis de son usage d'alcool, et lui demander d'évaluer ceux qui revêtent le plus d'importance pour lui. Distinguer l'évaluation du patient de la nôtre qui peut aider le patient à repérer ou nommer des conséquences positives ou négatives pas forcément perçues par lui (attention à ne pas « induire »). Intégrer éventuellement l'évaluation des proches.

Évaluation des bénéfices, risques et des dommages induits, priorisation des risques réductibles

Évaluation des bénéfices : <ul style="list-style-type: none"> – Perçus par l'utilisateur – Perçus par le professionnel 	Évaluation des risques et dommages : <ul style="list-style-type: none"> – Perçus par l'utilisateur – Perçus par le professionnel
Priorisation des risques à réduire : <ul style="list-style-type: none"> – Pour l'utilisateur – Pour le professionnel 	Moyens à engager : <ul style="list-style-type: none"> – Compétences de l'utilisateur – Incidences sur bénéfices – Tierces ressources mobilisables – Modification des consommations – Timing résultats attendus



Négocier les objectifs et stratégies de RDR

Les objectifs et stratégies de RDR seront le fruit d'une négociation entre le patient et nous, soignants et accompagnants, incluant, s'il le souhaite, son entourage, prenant en compte la **qualité de vie et le bien-être** de la personne, sa santé au sens global du terme (définition OMS). Le rôle du médecin consiste à informer, à clarifier, et à interroger ce que le patient perçoit ou non comme problématique ou comme indispensable.

En pratique

Les choix du patient, qu'il conviendra de respecter y compris s'ils s'opposent à notre vision de ce qui serait bon pour lui, doivent être le fruit d'une juste analyse des **risques et dommages qu'il souhaite prioritairement supprimer ou limiter** (ex : pancréatite, troubles du sommeil, conduite sous alcool, reproches ou inquiétude de la famille...), et des **bénéfices auxquels il ne peut ou ne veut pas renoncer** (ex : effet de soulagement psychique dans certaines situations, convivialité, soupape du week-end...).

Travailler sur les consommations : un outil pour agir sur la qualité de vie

Il convient de proposer au patient différents choix possibles en lui affirmant que, quelque soit le sien, on lui garantit le maintien de notre suivi.

Ces options (ci-dessous) ne sont pas des finalités mais des moyens pour aider la personne à améliorer sa qualité de vie. Le but n'est donc pas, a priori, que les personnes boivent moins ou qu'elles arrêtent mais qu'elles se sentent mieux ou moins mal, ce qui ensuite permet d'avancer et de définir de nouveaux objectifs.

En pratique

- Le maintien du mode d'alcoolisation
- Le réaménagement (rythme, horaires, jours, vitesse de consommation...)
- La diminution
- L'augmentation
- L'arrêt

L'option choisie intégrant, à des degrés divers, la sécurisation, la réduction des risques et dommages ainsi que l'amélioration de la qualité de vie. L'abstinence et la réduction des consommations n'étant alors que des options parmi d'autres.

Primum non nocere = responsabilité première des prescripteurs

Chez les usagers d'alcool à risques, la notion de balance bénéfiques/risques des traitements est particulièrement importante et doit intégrer les interactions entre alcool et médicaments. D'une manière générale il nous faut limiter les médications car les patients concernés sont souvent déjà surmédiqués (y compris par des traitements initiés lors de précédents sevrages et renouvelés

malgré la reprise des alcoolisations). Les patients souffrants d'atteintes avec symptômes générant douleurs ou inconforts tendent à déjà utiliser l'alcool à des fins anxiolytiques, antalgiques ou anesthésiantes.

En pratique

- **Plutôt que conseiller l'abstinence** si l'on prescrit un médicament aux interactions à risques avec l'alcool, **préférer l'abstention thérapeutique** chez un patient qui ne peut ou ne veut pas renoncer à l'alcool.
- **Précautions d'emploi des médicaments** : les psychotropes (anxiolytiques, antidépresseurs, neuroleptiques, opioïdes...) qui potentialisent les risques sédatifs, cognitifs et accidentogènes ; les molécules potentiellement hépatotoxiques ; les anticoagulants (risque majoré en cas de chute, notamment d'hématome cérébral).
- **Place des addictolytiques** : ne sont éventuellement utiles que si l'option choisie par le patient est la réduction quantitative ou l'arrêt des consommations, mais attention aux interactions ou aux effets secondaires.
 - **Baclofène** : majoration du risque sédatif et accidentogène notamment en association avec benzos et/ou alcool ; contre-indications nombreuses (contre indications et effets indésirables nombreux).
 - **Nalméfène®** (Selincro®) et **Naltrexone®** (Revia®) : attention à la contre-indication avec les TSO (Buprénorphine et surtout Méthadone) et autres opioïdes car entraînent un syndrome de manque intense aux opiacés par effet antagoniste (effets indésirables nombreux).
 - Pour rappel, le **Diazepam** (ou autres benzodiazépines) n'est pas un addictolytique et n'a d'indication que dans les sevrages.
- **Sevrages** : ne pas les proposer si le choix de l'abstinence n'est pas clairement exprimé par le patient et savoir les différer si les conditions ne sont pas sécurisantes ; si le sevrage est indiqué, éviter les complications en respectant les modalités recommandées par le consensus (benzos, vit B1, hydratation, surveillance clinique).

Attention : les demandes initiales de sevrage doivent être questionnées : outre que souvent cette exigence est portée par un tiers (famille, soignants, employeurs...) quand les personnes nous disent « je veux arrêter de boire » elles pensent souvent en fait « je veux arrêter de souffrir des conséquences négatives de mes consommations (tout en préservant les bénéfices que j'y trouve) ».

Tenir compte des polyconsommations

Les mono-consommateurs étant l'exception, **il est nécessaire de prendre en compte les autres consommations des usagers d'alcool pour adapter les stratégies de RDR.** Les polyconsommations, comme les usages d'alcool s'organisent pour répondre à la recherche d'effets, fonctions et bénéfices qu'il convient de comprendre et d'intégrer.



Ces fonctions peuvent être (cf livret) : optimiser ou équilibrer les effets (ex : amplifier la montée ou potentialiser les effets) ; contrôler les effets négatifs (ex : atténuer une forte montée ou gérer la descente) ; une solution de rechange (ex : gérer la pénurie).

- **Tabac** : plus de 80 % de fumeurs chez les « buveurs excessifs » ; c'est cette consommation qui aura le plus d'impact sur la santé des patients, mais pas forcément sur leur qualité de vie ; l'alcool est un cofacteur des cancers des voies aéro-digestives supérieures liés au tabagisme.
- **Benzodiazépines** : en deuxième position, sur prescription mais aussi en mésusage avec des risques d'interactions sédatives (sommolence, chutes, troubles cognitifs...).
- **Cannabis** : très souvent associé, d'autant plus chez les jeunes ; l'effet désinhibant de l'un peut favoriser la consommation de l'autre.
- **Opiacés** : association moins fréquente mais avec des risques non négligeables d'overdoses avec alcool et benzodiazépines (surtout en cas d'insuffisance respiratoire chez les gros fumeurs) ; interaction notable de l'alcool sur le métabolisme de la méthadone = majoration du pic sérique (surdose relative) puis accélération de l'élimination (manque avant la prise suivante).
- **Cocaïne/crack** : l'alcool y est souvent associé en usage festif ; il est fréquemment utilisé, comme d'autres sédatifs, pour contrer les effets anxi-dépressifs aigus de la « descente »

En pratique

- Il convient d'identifier les produits ou les associations de produits les plus problématiques. Suivant les cas, choisir de privilégier la consommation d'un des produits, celui qui pose le moins de problème, permettra de se passer ou de réduire l'(les)autre(s) qui en posent le plus.
- Il faut être vigilant à bien tenir compte de ces réalités de poly-usages car modifier les consommations d'alcool par exemple mais aussi initier des médications ou substitutions peuvent impacter fortement les autres consommations.

Associer les proches

Avec, bien sûr, l'accord du patient, et quand c'est possible, il est important d'associer les proches (amis, conjoint, enfants, parents) à la démarche d'évaluation et de négociation des éventuelles adaptations.

Leur expliquer l'intérêt de l'approche RDR, de respecter les choix de leur proche, notamment de ne pas imposer les soins ou un interdit de l'alcool.

Les inciter à trouver des intervenants susceptibles de les aider à être aidants (CSAPA, médiation familiale, psychologues, mais aussi Alcool-Info-Service au 0 980 980 930).

Orienter si nécessaire

Dans la plupart des situations, nos compétences de MG sont suffisantes pour accompagner une démarche de RDRA.

Quand ce n'est pas le cas, savoir orienter, et **travailler en réseau**, pour un accompagnement concerté vers : travailleur social, psychiatre, addictologue, psychologue, hépato-gastro...

Le travail de juste évaluation et de priorisation des bénéfices, risques et dommages liés aux pratiques permet de repérer les compétences à mobiliser.

Mais **ne pas orienter vers des soins qui imposeraient le sevrage** (comme une cure ou postcure, mais aussi certains soins somatiques) tant que ce n'est pas le choix clair du patient. Autant que possible, **négozier avec nos partenaires le respect du choix du patient** et de son besoin de consommer (ex : lors d'une hospitalisation en médecine ou chirurgie).


Évaluation : mesurer régulièrement l'impact sur la qualité de vie et réajuster

À chaque étape, il convient de réévaluer bénéfices, risques et dommages des alcoolisations, ainsi que l'impact sur la qualité de vie de la personne.

Les indicateurs d'évolution de la situation sont objectifs et subjectifs : état général, appétit, poids, sommeil, qualité du lien social, humeur, moral, nombre de passage aux urgences ou de séjours hospitaliers...


Les risques et dommages repérés et priorisés ont-ils été prévenus, réduits ou stabilisés ? En RDR l'absence d'aggravation de la situation peut être considérée comme un résultat acceptable.

Temporalité courte (à 2/3 mois max voire entre 2 consultations), réajustements fréquents si nécessaire.



En guise de conclusion

Pour les quelques 20 % de patients rencontrés chaque jour dont l'usage d'alcool peut induire des difficultés ou des souffrances, nous pouvons, grâce à l'écoute, le pragmatisme et **l'adaptation à leurs besoins et capacités**, leur permettre de limiter les répercussions négatives auxquelles ils s'exposent et leur éviter d'attendre de nombreuses années et des pertes parfois lourdes avant de faire évoluer leurs manières de boire **vers une sécurisation et une meilleure qualité de vie.**



GUIDE RÉALISÉ PAR
MATTHIEU FIEULAINÉ
PICOLOGUE, ACCOMPAGNEMENTS/FORMATIONS EN RDR ALCOOL,
COORDONNATEUR DE MODUS BIBENDI.
ET **JEAN LEVY**
MÉDECIN GÉNÉRALISTE (ET ADDICTOLOGUE
POUR MODUS BIBENDI



contact@modus-bibendi.org
www.modus-bibendi.org

