

# Quelle planification de l'intervention?

*Docteur Bernard DOR*



SOCIÉTÉ SCIENTIFIQUE de  
**MEDECINE GENERALE**

Bruxelles, le 23 février 2018

# PLAN

- La planification? Celle du MG ne sera pas celle du psychologue ou du psychiatre. La **temporalité** de nos soins.
- Parmi les MG chacun planifiera à sa « façon ».
- Nous envisageons ici la **planification** du MG.
- Bilan initial « en 2 ou 3 consultations » **rapprochées** , puis un double « choix »: « 0 »? ou consommation modérée? / à la maison ou à l'hôpital (si dépendance)

# PLAN

- Il n'y a **pas** de recommandations précises de la SFA ( hormis le sevrage médicalisé, grade A ; et encourager à l'arrêt du tabac, grade C).
- Faire connaître les groupes d'entraide! **Précocément.**
- La rechute: **anticipation** , prise en charge.
- Place du MG **pendant et après** la cure

# PLAN

- Le craving, notion clinique, tout **au long** du suivi
- L' « alcoolisme cyclique »: une planification...**imprévisible**
- « Docteur, je devrais me priver **toute ma vie?** »
- La question de l'abstinence heureuse? **Quand**

# Planification du MG

- Chaque MG...: RPIB du moins.
- Le MG plus investi dans la problématique alcool...; un travail « d'alcoologue »...
- La consultation, 101076, bien remboursée permet une accessibilité quasi parfaite aux soins et permet au MG de proposer un suivi étoffé.
- La formation du MG change sa pratique en terme d'efficacité et de confort.

# Bilan initial

- Bilan initial « en 2 ou 3 consultations » , puis un double « choix »: « 0 »? ou consommation modérée? / à la maison ou à l'hôpital (si dépendance). ( 2 ou 3 consultations de 30' en 2 à 4 semaines)
- Ce bilan initial n'est pas un fait médical complexe! Ni un bilan exhaustif.
- Le « lien » dans ce bilan est tout aussi important que le « contenu » (assez standardisé)

# Cadre de travail en consultation MG : 2 ou 3 consultations pour...

- **Evaluer** la situation : consommation à risques ? Buveur à problèmes ? Alcoolodépendance ?
- La **1<sup>ère</sup>** consult. : à l'issue de celle-ci le « **lien** » se fera ou ne se fera pas... ; début d'évaluation...
- La **2<sup>ème</sup>** consult. : terminer le bilan et ouvrir des perspectives et objectifs de traitement... Proposer des choix d'expert à nos patients...
- La **3<sup>ème</sup>** consult. : mise en place des décisions : prise en charge ambulatoire/ cure ; consommation contrôlée/abstinence. Entraide ? Psychologue ? Psychiatre ?

# L'abstinence(A) ou consomm. contrôlée (CC)

- L'abstinence reste le meilleur remède de la dépendance...
- Question : « **vous considérez-vous toxicomane à l'alcool ?** » ;  
« vous considérez-vous accro à l'alcool comme un toxicomane l'est à l'héroïne ? » ; **si oui > A**
- « Une fois que la pompe est amorcée... » : **> A**



# Abstinence (A) ou consomm. contrôlée (CC)

- Antécédents de nombreuses rechutes alors que le diagnostic est clair... > A
- « *Docteur, arrêtez totalement je ne saurai pas* », > CC, fusse à titre stratégique : **si 2 à 3 rechutes en 2 à 3 mois CC > A**
- Ne rien boire est souvent plus facile que peu boire...

# Prise en charge ambulatoire / hôpital

- Dire d'emblée au patient qu'il y a des prises en charge ambulatoires efficaces et des prises en charges hospitalières efficaces : à décider en fonction des 2 ou 3 consultations de bilan.
- In fine c'est le patient qui décidera...mais on peut **mettre le patient face à ses responsabilités** : « Il n'y a que deux endroits pour arrêter de boire : à la maison ou à l'hôpital. Si vous souhaitez ne pas aller à l'hôpital...vous devez réussir à la maison ; si vous échouez 2 ou 3 fois à la maison en 2 ou 3 mois de temps, il faudra aller à l'hôpital... »

# Faire connaître les groupes d'entraide

- Tôt dans la prise en charge; parfois dès première consultation.
- Brève présentation « théorique », puis personnaliser les choses: noms des animateurs, numéros téléphone. Préciser: « Je les connais personnellement, ils me connaissent... ». Remettre un feuillet annoté.
- Tout « alcoologue » devrait aller au moins 1 X à une réunion et créer des liens de « partenariat » .

# Faire connaître les groupes d'entraide

- Franchir la porte du groupe d'entraide est reconnaître son problème d'alcool de façon concrète, presque « intime »: à un moment ou l'autre la parole va se libérer dans le groupe d'entraide, le patient le « sait ». Même si initialement il peut bien sûr simplement « écouter ». Souvent, paroles et émotions, et plus vite que le « membre-patient » ne le présageait , vont se libérer: effet de catharsis, fonte de la culpabilité, sentiment d'être compris, début d'un espoir.
- Pronostic « médical »: dès lors très amélioré! (cf SFA)

# Groupes d'entraide : AA et Vie Libre

- Groupes de pairs, bien organisés, visant à contribuer à pérenniser l'abstinence...
- Modérateurs souvent chevronnés
- Non jugement absolu : tous/toutes ont été buveurs/buveuses
- Pas d'attitudes anti-médicales d'habitude.

# AA : Alcooliques Anonymes

- Couverture (inter)nationale ; origine USA, 1935, milieux très religieux ; actuellement laïc... mais toujours « **la puissance supérieure** »... ; une prière laïque en début de réunion. Strictement apolitique.
- N'y vont **que les malades alcooliques** (hormis réunions ouvertes)
- Méthode : « Les **douze étapes** ». Fréquentation régulière préconisée
- Dérive : « hors AA, point de salut »
- Ecueil : AA résume parfois la seule nouvelle vie sociale de l'abstinent.

# Vie Libre

- Uniquement en France, en Belgique (Province du Luxembourg, Province de Liège, Province du Hainaut, Waterloo)
- Origine : milieux ouvriers français 1955 ; **laïc** par essence. Souhaite le débat politique.
- Parfaitement ouvert à la **famille** ; ceci est même préconisé.
- Méthode : tour de table et thème du jour.

# La reconsommation/ rechute: anticipation, prise en charge

- Dès la fin du « bilan » évoquer la reconsommation possible... (au grand dam du patient...).
- Peut paraître contraire à l'empowerment du patient...
- Expliquer pourquoi reboire peut arriver: le geste de reboire est émotionnel et non rationnel. ( « Je ne veux plus boire... »)



# La reconsommation /rechute...

- Reconsommation ou rechute ?
- Rechute « pas à pas » ou « au goulot » : in fine le même désastre...
- Eviter une **culpabilisation stérile** du patient par lui-même ; >> les stratégies pour retrouver l'abstinence...
- **Bien avant la « rechute »**...évoquer avec notre patient que nous ne serions pas « déçus » en telles circonstances. La principale cause d'interruption du suivi est la reconsommation avec dès lors « **gêne/honte** » par rapport à son médecin.

# La reconsommation /rechute...

- **Reboire n'est pas inéluctable**...mais une abstinence durable est souvent précédée de reconsommations...
- Le plus souvent (reconsommation brève) reboire n'implique **pas un traitement de sevrage d'office**
- Savoir tirer la **leçon** d'une rechute...
- Reprendre un **calendrier** de consultation à **notre** initiative...

## Place du MG: pendant et après la cure.

- Changement majeur des connaissances, des représentations, de l'investissement des MG vis-à-vis de leurs patients « alcooliques » ces 15 dernières années.
- On peut néanmoins « perdre » son patient de n'avoir pas vraiment abordé le problème avec lui...

# Place du MG pendant / après la cure

- Un **coup de fil** pendant la cure...
- Pivot du suivi à moyen et long terme
- L'histoire d'amour du curiste et de son lieu de cure : « **les cent jours** » !
- Un calendrier de consultation...
- Feedback des biologies de contrôle aux patients
- Psychothérapie de soutien et plus...

## Place du MG pendant / après la cure (2)

- Thérapies médicamenteuses du maintien de l'abstinence
- Encourager à la fréquentation des groupes d'entraide (docu au cabinet de consultation)
- Rappeler qu'une reconsommation il faut en parler dès que possible!
- Une menace de rechute est une « **urgence** » addicto.
- Veiller à la compliance du patient à la prise en charge ambulatoire par les autres acteurs de soin.

# Le craving : à chaque consultation

- « C'est comme un vampire qui n'a pas son sang » ; « le craving est à l'envie, ce que la panique est à l'angoisse »
- Craving + et craving –
- Mesure : échelle visuelle analogique, échelle ETIAM
- Concept clinique important : prédicteur de la rechute? **OUI**  
médication anti-craving ?

# La temporalité de l'alcoolique « cyclique »

- « Docteur...pas une goutte pendant 6 semaines...je m'arrête quand je veux ; ça ne me dit alors rien ; je n'ai jamais tremblé ; je m'en passe fort bien... »
- L'alcoolique cyclique va boire de 24 à 72 heures... l'épisode finit avec le chaos de l'IEA...(intoxication éthylique aiguë)
- Les cycles se rapprochent ; leur durée s'allonge... Evolution vers la chronicité le + souvent...
- Long déni chez ces patients.

# La question de l'abstinence heureuse

- L'abstinence « heureuse » est au bout du chemin chez 10 à 30% des alcooliques abstinents ; chez ceux-ci il y a « détachement » se substituant à « obsession ». Et « liberté » retrouvée.
- Temporalité? J'évoque souvent « un an » après « le déclic », après « la cure ». Parfois plus court, parfois plus long.
- Devra persister « une vigilance » à vie; dorénavant une vie sur un mode « pas de pilote automatique ». Il s'agit d'une vigilance « confortable ». Argumenter auprès du patient sur base de la « mémoire des neurones »



# La question de l'abstinence heureuse

- La question de l'abstinence « heureuse » est évoquée **dès les premières consultations**; l'abstinence n'est pas un but per se, c'est la condition sine qua non chez la plupart des « dépendants ».
- La consommation très modérée chez des alcoolodépendants respectée **à moyen /long terme**? Un leurre? J'ai connu quelques cas...
- Les rechutes **tardives**? Jamais un orage dans un ciel bleu...