



Revue Médicale Suisse

Consommation contrôlée d'alcool chez le patient dépendant

Auteur : A. Albrecht J.-B. Daeppen

Numéro : 3118
Sujet: Psychiatrie

La consommation contrôlée devrait faire partie du suivi des patients dépendants de l'alcool. Plusieurs recherches ont montré que les prises en charge incluant la consommation contrôlée dans les objectifs thérapeutiques avaient de meilleurs résultats à long terme que les prises en charge exigeant l'abstinence. Dans le suivi des dépendants à l'alcool, la consommation contrôlée peut être un but thérapeutique en soi, une étape vers l'abstinence ou une façon de diminuer les méfaits liés à la consommation. Le fait d'accepter les buts que le patient souhaite atteindre permet de renforcer l'alliance thérapeutique et évite les ruptures de traitement. Cela permet aussi une approche tout en nuance qui aide le patient à éviter des positions extrêmes oscillant entre abstinence et consommation massive.

introduction

Quelle est la place actuelle de la consommation contrôlée dans la prise en charge des patients dépendants de l'alcool ? Jusque dans les années 70, il était admis que les alcooliques ne pouvaient trouver de salut que dans l'abstinence. Cette conviction venait essentiellement de la pratique des alcoologues de terrain travaillant dans des unités ayant, comme seul objectif thérapeutique, l'abstinence. En 1973, Linda et Marc Sobell, deux psychologues américains, mettant en doute ce postulat, ont réalisé une étude comparant un traitement alcoologique cognitivo-comportemental visant l'abstinence au même traitement visant la consommation contrôlée.¹ Leurs résultats, montrant une meilleure évolution des patients du deuxième groupe, ont provoqué de vives réactions dans les milieux alcoologiques.² On les accusa d'avoir falsifié leurs résultats, mais ceux-ci ont été à nouveau validés après enquête. Par la suite d'autres études iront dans le même sens.³⁻⁵

Malgré ces différentes recherches, la consommation contrôlée n'a pas encore une grande place dans la pratique. Nous souhaitons, dans cet article illustrer en quoi ce concept de consommation contrôlée est utile pour le traitement des patients dépendants à l'alcool.

quid de la consommation contrôlée ?

Selon le Docteur Harald Klingemann,⁵ il s'agit d'une consommation d'alcool disciplinée astreinte à un plan prédéfini ; à savoir des règles établies quant à la quantité et au cadre. Il est possible aussi d'en donner une définition plus large : on peut parler de consommation contrôlée chaque fois qu'une personne souffrant d'un problème d'alcool

décide de restreindre sa consommation dans le but de diminuer les conséquences négatives du produit tout en préservant le plus possible les conséquences positives.

utilité dans la pratique

Dans le suivi des dépendants à l'alcool, la consommation contrôlée peut être un but thérapeutique en soi, une étape vers l'abstinence ou une façon de diminuer les méfaits liés à la consommation d'alcool. Le fait d'accepter les buts que le patient souhaite atteindre permet de renforcer l'alliance thérapeutique et évite les ruptures de traitement.

Voici quelques exemples cliniques illustrant ces différents concepts.

consommation contrôlée réussie ou rechute ?

Une femme de 60 ans est hospitalisée aux urgences pour une chute sur alcoolisation massive. Elle confie que depuis la mort de son mari, sept ans auparavant, elle consomme deux bouteilles de vin et plusieurs apéritifs par jour. Elle accepte un sevrage dans une unité spécialisée qui se passe bien et commence un suivi ambulatoire pour son problème d'alcool. Quelques semaines après le sevrage, elle dit à son médecin qu'elle a recommencé à boire de manière contrôlée deux verres de vin chaque soir...

Quelle attitude thérapeutique adopter dans ce cas ? On pourrait craindre une rechute et enjoindre la patiente à stopper sa consommation, avec le risque que l'alliance thérapeutique soit mise à mal. La patiente pourrait essayer d'être abstinent pour «faire plaisir» au médecin. Elle pourrait aussi persévérer dans son désir de consommation contrôlée, tout en se sentant coupable, ce qui aurait débouché soit sur une thérapie «pseudo» où la patiente dit ce qu'il faut pour satisfaire son interlocuteur, soit sur une rupture de traitement. L'attitude choisie dans ce cas a été de soutenir la patiente dans son projet. Deux ans plus tard, elle maintient cette consommation rituellement contrôlée de deux verres de vin. Il s'agit donc d'un exemple de consommation contrôlée réussie. Elle parvient à garder l'alcool qui est, pour elle, lié au plaisir, pour renoncer à la consommation morbide entraînant dépression et chutes.

contrôle de la fréquence

Un homme de 41 ans, gérant d'un café-restaurant, présente une dépendance à l'alcool. La consommation lui permet d'être assez en forme pour mettre l'ambiance dans son restaurant. A jeun, il se sent trop angoissé pour parler à ses clients. Cependant, il finit par perdre son restaurant et commence une cure en milieu institutionnel. Il maintient globalement une abstinence, mais fait plusieurs rechutes brèves qui entraînent une fin de séjour en mai 2004, le but thérapeutique dans l'institution étant l'abstinence totale.

Actuellement, il souhaite contrôler sa consommation, car il garde un mauvais souvenir de l'abstinence en raison de ses angoisses. Il sait qu'il ne peut pas contrôler la quantité par occasion, donc il décide de limiter les occasions : il ne consomme jamais d'alcool chez lui, et ne sort pas plus que quatre fois par semaine. Les jours sans consommation, il gère les symptômes de sevrage par des benzodiazépines. Il se sait dans une situation fragile, mais n'imagine pas d'autres solutions pour l'instant...

Comment le médecin peut-il accompagner un tel patient en supportant de savoir qu'il

consomme massivement de l'alcool quatre fois par semaine ? Le désir d'intervenir de façon énergique est grand, on se dit qu'il faudrait forcer le patient à faire un sevrage, peut-être même par des mesures de privation de liberté à des fins d'assistance. Analysons la situation : ce patient, après une expérience douloureuse liée à l'abstinence et une rechute tout aussi douloureuse, décide de contrôler sa consommation par la fréquence des prises d'alcool. Cet objectif peut paraître dérisoire, mais il a l'avantage d'être atteignable. Cela lui permet d'avoir un sentiment de contrôle sur sa situation, favorisant un travail plus en profondeur. Il peut ainsi élaborer au fil des semaines les avantages et les inconvénients de son mode de consommation. Il constate une légère amélioration de son image de lui-même, ses tests sanguins montrent une amélioration et il s'alimente mieux. Par contre, il souffre de s'isoler de plus en plus en dehors des périodes d'alcoolisation et il se demande si les sevrages répétés qu'il s'inflige ne le rendent pas encore plus anxieux. Peu à peu, il commence à envisager l'idée de refaire un autre séjour en institution, car l'abstinence qu'il expérimente trois jours par semaine lui paraît par moment moins pénible à supporter.

contrôle par anticipation

Un homme de 67 ans présente une dépendance à l'alcool depuis le début de l'âge adulte. Vers l'âge de 40 ans, il débute un suivi alcoologique spécialisé avec l'objectif d'une abstinence à long terme. Entre 1989 et 2007, il bénéficie de 39 sevrages en milieu hospitalier et de 5 séjours institutionnels. Les rechutes sont rapides et extrêmes, avec des symptômes de sevrage et une clochardisation à domicile déjà après deux ou trois jours de consommation.

Le travail alcoologique effectué durant 2006 permet au patient de faire le constat que la prise en charge lors des rechutes est mauvaise. En général, il se rend spontanément à l'hôpital, y est mal reçu car il se montre agité et fait des demandes apparemment farfelues, est finalement admis, reçoit des doses standards de benzodiazépines insuffisantes pour lui, doit être attaché ou fugue après quelques heures. Fort de ce constat, il décide de rédiger des directives anticipées sur les mesures à prendre en cas de rechute. Il y mentionne en particulier le fait que l'infirmière du CMS où il prend l'Antabus informe le reste du réseau de soins s'il ne se présente pas, il s'engage à se rendre au plus vite à l'hôpital pour un sevrage, sinon il demande à être hospitalisé d'office, il demande des doses suffisantes de benzodiazépines et surtout de pouvoir déambuler dans l'hôpital, ce qui diminue ses symptômes de manque.

Suite à l'instauration de ces directives, les rechutes sont moins longues et moins graves et les sevrages plus rapides. Il devient aussi possible pour le patient de maintenir le contact avec son thérapeute même pendant les rechutes.

Peut-on parler de consommation contrôlée dans ce cas ? Au sens d'une consommation modérée, apparemment pas. En effet, après avoir fait plusieurs essais de modération, le patient acquiert la conviction que pour lui la seule solution est l'abstinence. Après 18 ans de suivi, le patient se sent plutôt fier de lui, il tient un compte précis des jours d'abstinence et se dit que, compte tenu de la gravité de sa dépendance, le bilan est plutôt positif. En 2006, il commence à prendre conscience de la nécessité d'intégrer les rechutes dans la prise en charge au point d'en prévoir le déroulement «idéal» dans ses directives anticipées. Cela lui permet de moins fonctionner dans des comportements de type tout ou rien (abstinence versus consommation gravissime). Le patient peut ainsi retrouver un sentiment d'autonomie, même dans le contrôle extérieur qu'il demande lui-même.

Dans ce cas, la consommation contrôlée à proprement parler n'est pas possible. Le

contrôle réside dans les moyens mis en œuvre pour indirectement diminuer la sévérité des rechutes.

consommation contrôlée comme chemin vers l'abstinence

Il s'agit d'un patient qui consulte la première fois en 2005 : il consomme une bouteille de vin et quelques bières chaque soir. Il mentionne que l'alcool le détend et l'aide à lutter contre son anxiété, mais que sa consommation perturbe sa vie de couple.

En juin 2005, il se fixe un objectif de consommation contrôlée : uniquement les soirs du week-end et pas plus de quatre verres par occasion. Il maintient son objectif pendant deux mois, puis reprend progressivement sa consommation antérieure. Il décide alors d'être abstinent. Un mois plus tard, il boit quelques gorgées lors d'occasions sociales, ce qui l'inquiète car il doit lutter pour s'en tenir là.

Durant les mois suivants, il oscille entre des périodes de consommation contrôlée et de reprise de sa consommation de départ, prenant peu à peu conscience de sa dépendance. Il prend la décision en octobre 2006 d'arrêter définitivement toute consommation, objectif qu'il maintient six mois plus tard.

Dans cette situation clinique, le médecin a suivi le patient dans sa prise de conscience par étapes de la problématique de la dépendance. Cela a permis de renforcer le sentiment d'autonomie du patient qui ne s'est pas vu imposer une abstinence comme condition au traitement. Le patient fait l'expérience qu'il est capable de consommer comme il l'a décidé pendant plusieurs semaines ce qui augmente son sentiment d'efficacité personnelle, puis il prend conscience qu'il souffre d'une véritable dépendance ce qui le pousse finalement à prendre la décision d'être abstinent. L'attitude du thérapeute favorise dans ce cas, une vraie alliance thérapeutique : le patient peut se confier de manière ouverte sans que la consommation ne devienne un sujet tabou.

conclusion

L'abstinence n'est pas la réponse thérapeutique unique pour le traitement de l'alcoolodépendance. En renonçant à imposer à tout prix une abstinence aux patients alcooliques, le médecin se fait violence pour renoncer momentanément à demander à son patient d'adopter le comportement le plus «sain». Par-là même, il accepte que l'alcoolodépendance est une maladie qui demande des soins au long cours et pour laquelle des «petits progrès» sont parfois de grandes étapes. Pour accompagner au mieux le patient, le médecin doit se sentir à l'aise avec différents objectifs thérapeutiques allant de l'abstinence aux différents types de consommation contrôlée.

Bibliographie : 1 Sobell MB, Sobell LC. Alcoholics treated by individualized behavior therapy : One year treatment outcome. Behav Res Ther 1973;11:599-618. 2 Pendery MP, Maltzman IM, West LJ. Controlled drinking by alcoholics ? New findings and a reevaluation of a major affirmative study. Science 1982;217:169-75. 3 Heather N, Robertson I. Controlled drinking. New York : Methuen, 1983. 4 Peele S. Through a glass darkly. Psychol Today 1983;38-42. 5 ** Kontrolliertes trinken als Behandlungsziel- Bestandesaufnahme des aktuellen Wissens, disponible sur le site de l'OFSP, avec traduction anglaise. * à lire ** à lire absolument

Cet article vient de la Revue Médicale Suisse
www.medhyg.ch

L'adresse de cet article est :
www.medhyg.ch/formation/article.php3?sid=32399