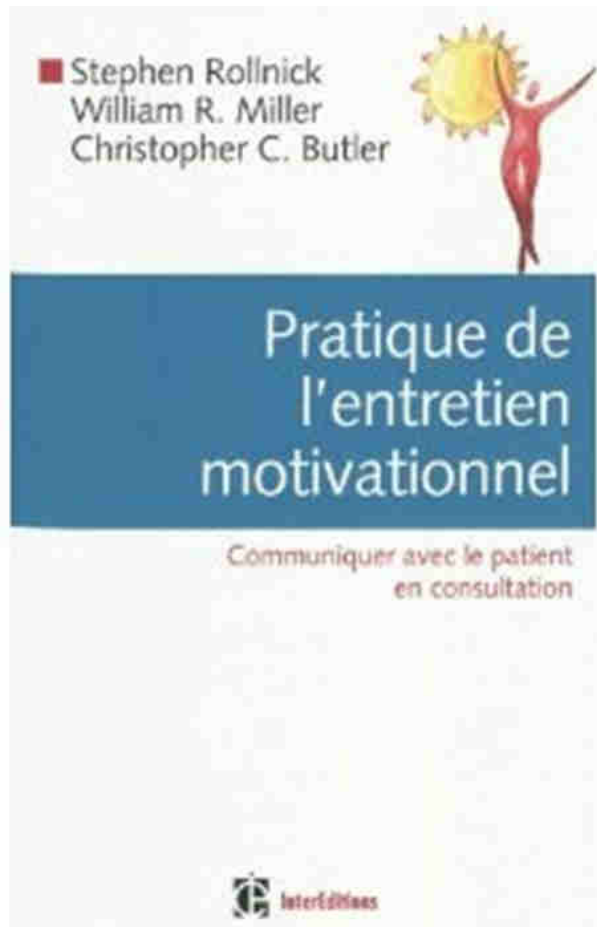


Entretien motivationnel



<http://www.revmed.ch/rms/2007/RMS-126/32597>

Soirée du 12/10/15 Sandrine MILGRAM & Francis ABRAMOVICI

Présentation de la soirée et des EM

Définition

- Approche directive centrée sur la personne visant à augmenter la motivation intrinsèque au changement en aidant la personne à explorer et à résoudre son ambivalence

Un changement dans l'esprit de la consultation?

- La motivation au changement **doit venir de la personne elle-même**, qui explore et résout l'ambivalence, développe ses contradictions internes.
- L'intervenant est **aidant**.
- L'atmosphère est **empathique, sans confrontation**, sollicitant la participation active de la personne.
- La relation thérapeutique est un **partenariat**, une collaboration

On pourrait penser que...

- Un premier infarctus persuade facilement un fumeur d'arrêter...
- Des gueules de bois à répétition, des problèmes relationnels, un accident de voiture, etc. suffisent à convaincre de cesser de boire en excès...
- L'échec scolaire fasse qu'un adolescent réalise à quel point son avenir dépend de sa scolarité...
- La privation de liberté empêche une récurrence...
- etc...

Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel. Interéditions 2006

Comment aider au changement?

- *Les thérapeutes peuvent influencer* (favorablement ou négativement) la motivation de leurs patients selon qu'ils les aident ou non à l'identifier et à la nommer.
- La motivation est le résultat de cette *interaction*.

A quel usage ? (méta-analyse 1991, 72 essais randomisés)

- Méthode efficace pour les comportements à risque mais aussi toutes les maladies (diabète, asthme, etc.) où interviennent des données comportementales : baisse significative pour *IMC, cholestérol total, consommation d'alcool*, non significative pour *HbA1c, pression artérielle systolique et nombre de cigarettes/j*.
- Résultat positif dans 80% des études pour les psychologues et médecins, 46% pour les autres professionnels.
- Résultat confirmé pour 64% des études où l'entretien était réalisé dans les délais habituels d'une consultation (15 mn), renforcé dès qu'il y avait plus d'un rendez-vous.
- Aucun effet délétère.

- ***Des études ont montré que la formation en communication et en gestion des émotions augmente la résilience des soignants.***
- ***Par exemple , l'apprentissage de techniques d'entrevue de motivation améliore l'empathie des professionnels des soins de santé et réduit le risque de souffrir d'épuisement lié au travail***

European Association for Physician Health Conference <http://eaph.eu/>
"Doctor's resilience. Building European networks through research and practice" Barcelona 20th and 21st
April

Comment ?

- « *La manière dont vous allez parler avec les patients de leur santé peut significativement influencer leur motivation personnelle pour changer de comportement* »
- Pas une technique mais un « *style clinique subtil destiné à faire émerger du patient ses propres motivations* »

Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Pratique de l'entretien motivationnel . Interéditions 2009



SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE
DOCUMENTATION ET DE RECHERCHE
EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Un état d' esprit : médecin-patient « partenaires »

Approche traditionnelle

- Centrée sur la maladie
- Accumule l' information et les moyens (signes, diagnostic, traitement)
- Ordonne ou expertise

Confrontation – éducation - autorité

Entrevue motivationnelle

- Centrée sur le patient (utile à ce patient)
- Prend en compte ses préoccupations et priorités, là où il en est
- Valorise les objectifs qu' il se fixe

Collaboration – évocation - autonomie



Objectifs

Et notamment :

- Formuler des questions ouvertes
- Reformuler pour donner au patient du sens à ses paroles
- Identifier les stades de motivation d'une personne
- Utiliser une échelle de motivation
- Travailler avec l'ambivalence
- « Rouler avec la résistance »
- Appliquer les principes éthiques de l'entretien motivationnel
- Construire avec le patient un plan de changement

**PREMIÈRE ÉTAPE :
ÉCOUTER / QUESTIONNER**

Exercice 1 Objectif : poser des questions ouvertes.

5'

- A : Vous imaginez une situation dans laquelle vous aimeriez changer une chose. L'idéal est que vous partagiez quelque chose de vrai, que vous pourriez entreprendre et que, pour toutes sortes de raisons, vous n'avez pas encore entrepris.

- B : Vous écoutez la situation décrite très attentivement puis vous poserez 1 à 3 questions les plus ouvertes possible

Puis même exercice mais A et B permutent 5'

Puis 5' de retour d'expérience entre vous: *Quand j'étais celui qu'on interrogeait sur un changement à faire comment ai-je vécu cette intervention?*

Soit 15 minutes au total

« Ecoute active »

- Accueillir : empathie et bienveillance (part innée, techniques apprises)
- Apprendre à se taire, respecter les silences...
- Demander la permission d'interroger...
- Poser des questions « ouvertes »
- Apporter les informations nécessaires
- Relancer (faciliter...)
- Reformuler
- Résumer...

Questions ouvertes ou fermées (1)?

- Les questions *ouvertes* permettent de faire ressortir les préoccupations du patient, son besoin d' être écouté et compris.

« *Que disent les autres personnes au sujet de votre consommation? Qu' est-ce qui semble les inquiéter?
(Si un conjoint est présent, ceci peut lui être demandé directement) ».*

- Les questions *fermées* favorisent plutôt le besoin d' information du médecin.

« *Que voulez-vous faire face à votre consommation : Arrêter, réduire ou continuer comme avant ? »*

QO / QF ?

- Qu'est ce que vous appréciez quand vous consommez de l'alcool ?

QO / QF ?

- D' où venez-vous ?

QO / QF ?

- Souhaitez-vous que nous nous revoyions dans 3 mois ?

QO / QF ?

- Trouver un sens à cela n'est-il pas le plus important pour vous ?

QO / QF ?

- Qu' est-ce qui vous amène aujourd' hui ?

QO / QF ?

- N'avez-vous jamais pensé à faire plus d'exercice physique, de la marche par exemple ?

QO / QF ?

- Qu'aimeriez-vous faire par rapport à votre consommation de tabac : arrêter, diminuer, ou ne rien changer ?

QO / QF ?

- Dans le passé, comment avez-vous fait pour gérer cette situation ?

QO / QF ?

- Est-ce que ceci est une question ouverte ou fermée ?

11
315
T. N°3
Medecine
De la médecine factuelle à nos pratiques

100 118 125 133

is de tempête
la formation clinique

Fin de vie

Prévention quaternaire

Lombalgie aiguë

“Ni ses maigres succès thérapeutiques,
ni la masse des études promotionnelles
financées par l’industrie
ne confirment
le rôle addictif
de la nicotine.”



Page 109
Robert Molinard

www.revue-medecine.com

APNET

UNAFORMEC

John Libbey
EUROTEXT
www.jle.com

Laisser le malade se confier... si le médecin laisse parler ses patients jusqu'à ce qu'ils demandent eux-mêmes au médecin de reprendre la parole (Qu'est-ce que vous en pensez, docteur ?) leur temps moyen de parole s'avère étonnamment court : une minute et trente-deux secondes en moyenne ! ...avec des patients dont l'histoire médicale était complexe, 4 patients sur 5 terminaient leurs explications en moins de deux minutes [1].

« Écoutez votre malade, il vous donne le diagnostic », confiait William Osler (1849-1919)

En consultation, le praticien interrompt le patient en moyenne 23 secondes après le début de sa prise de parole (2)

1. Langewitz W, Denz M, Keller A, Kiss A, Rüttimann S, Wössmer B. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. BMJ. 2002;325:682-683
2. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K et al. Soliciting the Patient's Agenda. Have We Improved? JAMA. 1999;281:283-87.

Exercice 2 REFORMULER

- *Objectif : Prendre conscience du pouvoir de la reformulation sur l'élaboration du discours-changement*
- **Groupes de 2 (A, B)**
- A : « J'aimerais maintenant ajouter quelque chose dans la continuation de l'exercice précédent ... »
- B : reformule à l'exclusion de toute autre forme de réponse.
- 2x5' puis retour d'expérience en plénière : repérer à quel stade du cycle de motivation de Prochaska Di Clemente est B.

REFORMULER Une forme de synchronisation verbale

- consiste à redire de manière
 - plus concise
 - ou plus explicite
 - ce qu'une personne vient d'exprimer,
 - de façon à ce qu'elle se sente comprise
 - et puisse continuer à avancer dans ce qu'elle dit.



COMMENT ?

- En résumant en une à deux phrases la signification de ce que votre interlocuteur vient de dire.
- A faire toutes les 5 à 10 phrases sans commenter, ajouter ou retrancher.
- Renvoyer tel quel ou éventuellement:
"donc..." « autrement dit ... » "si je comprends bien"
- Alors, soit:
 - la personne acquiesce et continue de parler
 - elle corrige et vous reformulez de nouveau
 - elle complète et vous continuez.

SI VOUS NE COMPRENEZ PAS ce que la personne a dit,

évitez: "je n'ai rien compris à ce que vous venez de dire"!

- "je comprends que ce changement est important pour vous, ce que je voudrais comprendre, c'est..."

LORSQUE VOUS DEBUTEZ

dans la pratique de l'écoute active, commencez en vous bornant à répéter mot pour mot ce que dit l'autre

(ce qui est souvent l'occasion de remarquer qu'il n'est pas si facile de bien comprendre, sans ajouter, omettre ou interpréter quoi que ce soit).



AVEC L'HABITUDE

- vous pourrez procéder différemment, en reformulant le point central de ce que la personne vient d'exprimer,
- ainsi qu'en mettant en lumière les sentiments qui accompagnent ce qu'elle dit.



« Refléter », pourquoi et comment ?

- Vérifier que patient et médecin sont sur la même longueur d'onde.
- Faire ressortir les motivations du patient : il les entend clairement redire par vous.
- Eviter la confrontation : un reflet est une affirmation, non une question, d'une certaine façon la dernière phrase d'un paragraphe...

Exemple

« *C'est vrai que j'abuse de temps en temps mais je ne pense pas avoir un problème de consommation* ».

- **CONFRONTATION** : Oui tu en as un! Comment peux-tu être assis là et prétendre ne pas avoir de problème quand...
- **QUESTION** : Qu'est-ce qui te fait dire que tu n'as pas un problème de consommation?
- **REFLET** : Alors d'un côté tu sembles avoir quelques préoccupations et tu ne veux pas être étiqueté comme "ayant un problème".

Miller, 1995. Traduction V. Rossignol



SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE
DOCUMENTATION ET DE RECHERCHE
EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Différents types de reflets

- *Répétition* : la forme la plus simple (répéter un élément de ce qui vient d' être dit).
- *Reflet de sentiment* : met l'accent sur la dimension émotive via les énoncés de sentiments, les métaphores, etc...

Exemple...

Alors jusqu' à maintenant, vous m' avez dit que vous étiez préoccupé par la quantité d' alcool que vous buviez comparativement aux autres personnes de votre entourage, et le temps que vous y consacrez. Vous ne semblez pas trop savoir quoi penser du fait que vous semblez boire plus que les autres sans toutefois en ressentir les effets. Vous vous demandez si votre consommation d' alcool affecte votre mémoire et votre sommeil.... Autres choses ?

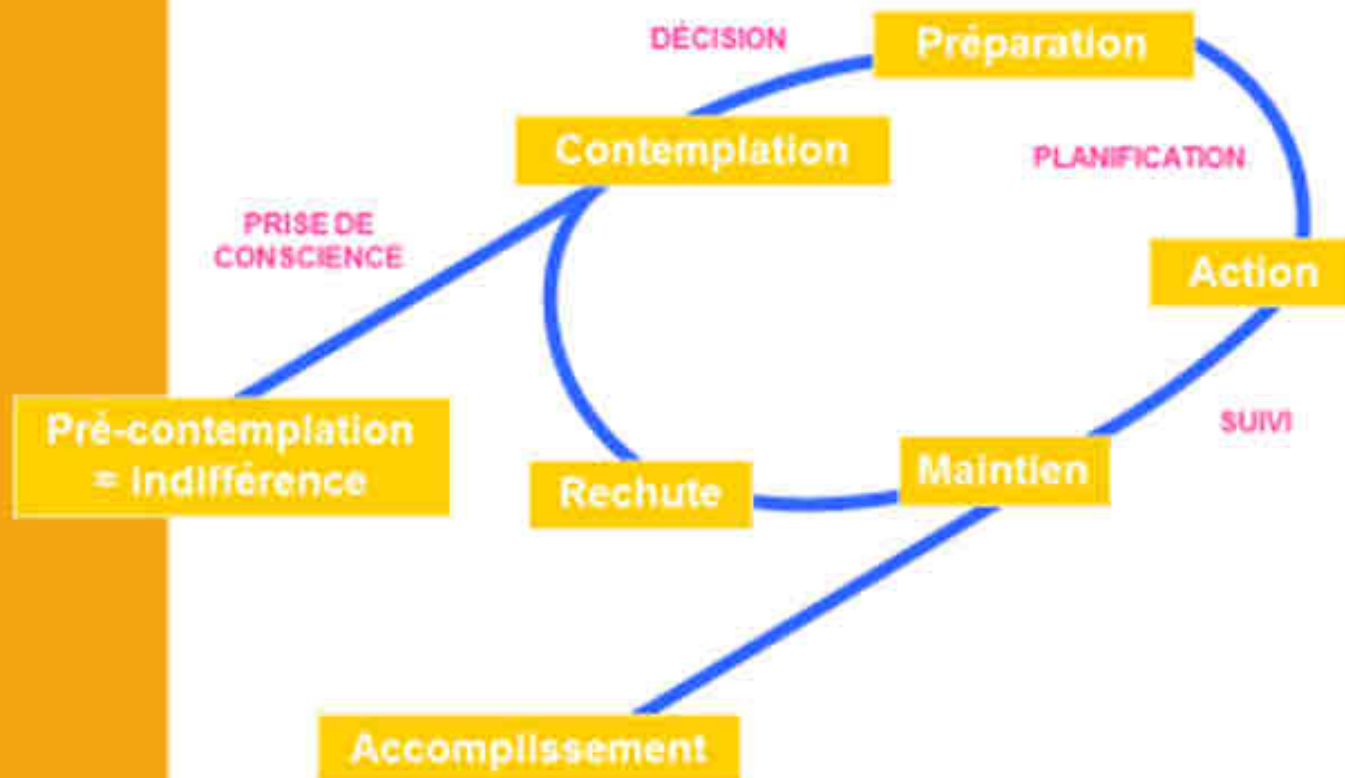
Miller, 2000. Traduction V. Rossignol



SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE
DOCUMENTATION ET DE RECHERCHE
EN MÉDECINE GÉNÉRALE

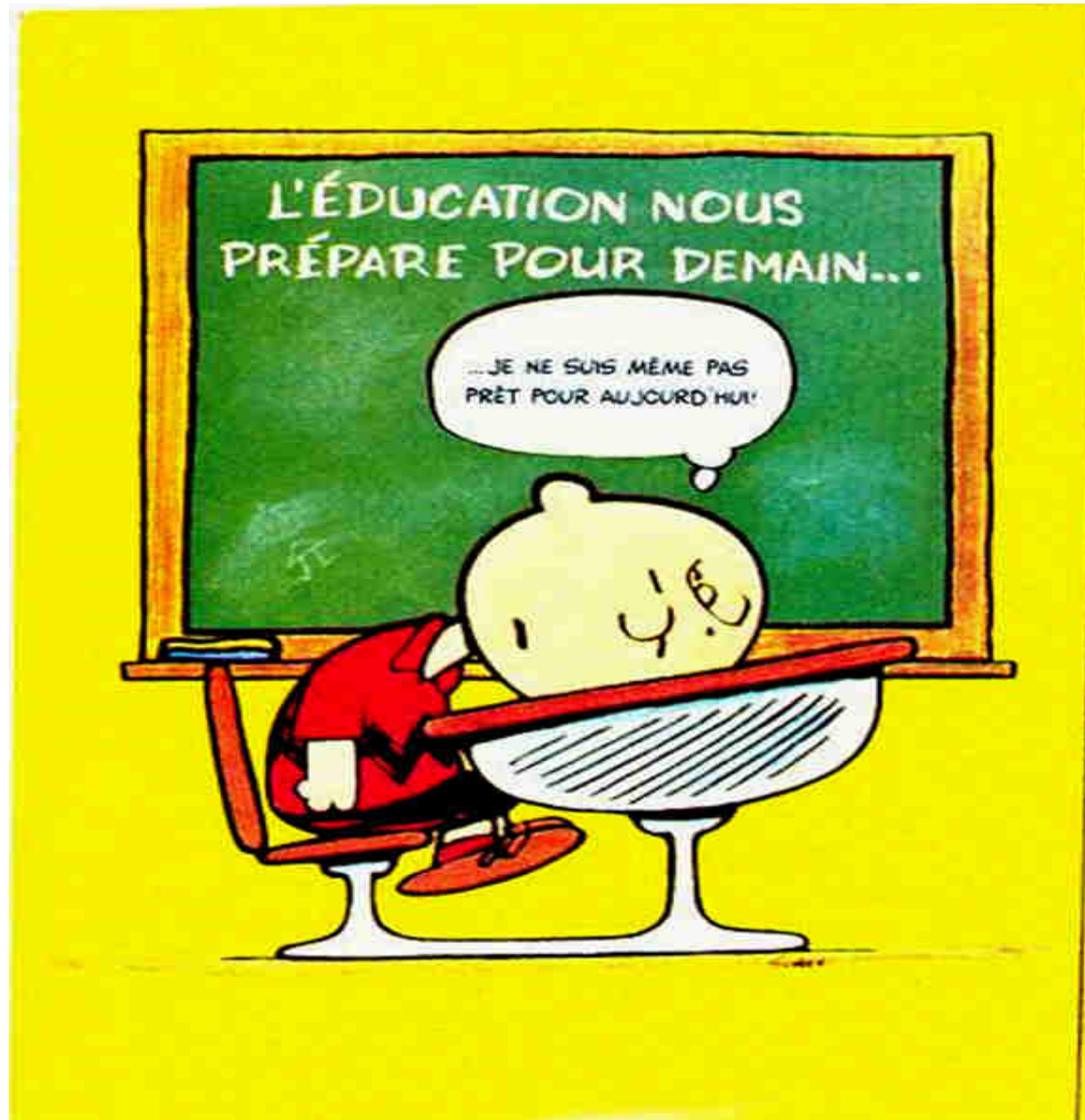
Stades du changement

J.O. Prochaska, C. DiClemente 1982
Cycle de Prochaska : ça fait tourner la tête..



Exemple du tabagisme

1. Non-motivation (fumeur heureux),
2. Contemplation (satisfait ou indécis : envisage l'arrêt),
3. Préparation (pense arrêter dans le mois, au moins un essai antérieur),
4. Action (ne fume plus depuis moins de 6 mois),
5. Maintenance (ne fume pas depuis plus de 6 mois).



Attitudes recommandées selon les stades du changement

- Contemplation : instaurer la confiance (empathie...), faire naître le doute, informer (développer les divergences...)
- Intention : créer une "balance décisionnelle" explorer l'ambivalence (éviter l'argumentation).
- Préparation : clarifier les objectifs, lever les obstacles, planifier un programme d'action.
- Action : accompagner le patient (« nourrir » le sentiment d'efficacité personnelle).
- Maintien : aider à identifier et utiliser les stratégies de prévention de la rechute.
- Rechute : aider à retourner au stade de contemplation en évitant la culpabilité.

3 écueils à éviter :

- *Porter le patient* sur ses épaules, le prendre en charge ou prendre le contrôle de son cheminement.
- *Le rassurer à tort* : cela sonne faux et peut donner l'impression au patient que son médecin n'entend pas vraiment ce qu'il exprime ou le minimise...
- *Se laisser aspirer* : confirmer que la situation est désespérée et désespérante... La notion de confiance en soi est en fait une question de perception.

DEUXIÈME ÉTAPE : LE CHANGEMENT

LA BALANCE MOTIVATIONNELLE

Objectif repérer le stade du changement ; rouler avec la résistance. *Établir un plan de changement prenant en compte l'ambivalence.*

- 10' x 2 : poser les questions suivantes et éventuellement reformuler les réponses sans commentaires ni ajout
- ***Les changements que je veux faire:*** De quelle façon ou dans quels aspects de ta vie veux-tu effectuer le changement? Il est nécessaire de demander de formuler le but de manière positive et non seulement des buts qui seraient formulés négativement (arrêter, éviter, diminuer un comportement, etc...)
- ***Les raisons primordiales qui me motivent à faire ces changements sont:*** quelles sont les conséquences probables de l'action et de l'inaction?
- ***Les étapes que je planifie d'entreprendre pour changer sont:***
- Quels sont les premiers pas concrets et spécifiques que tu entends prendre? Quand, où et comment?
- ***Je saurai que mon plan fonctionne si:*** Qu'est-ce que tu espères que ce plan l'aidera à accomplir? Quels sont les bénéfices d'un tel changement?
- ***Les éléments qui peuvent interférer avec mon plan sont:*** quels sont les situations ou les changements qui pourraient saboter ton plan. Qu'est-ce qui pourrait aller de travers?

Informer

- Proposer l'information
- Pas de jargon médical, mais parler « juste » (EBM)
- Pas trop d'un coup, pas trop vite
- Proposer des choix
- Questions ouvertes : qu'en pensez-vous ?
- Tenir compte des priorités du patient
- Inclure des messages positifs (*en arrétant de fumer, vous...*)
- Vérifier la bonne compréhension

Coûts / Bénéfices en balance...

- Ambivalence : d' un côté, avantages à changer et inconvénients du statu quo, de l' autre: avantages du statu quo et inconvénients à changer...
- La balance varie d' un jour à l' autre, les éléments sont liés entre eux et le changement de l' un influence les autres.
- Confronter l' individu à son ambivalence peut être source de confusion, de perplexité, de frustration... mais aussi une reconnaissance et une élucidation de ce qu'il ressent confusément.



C' est l' exploration par le patient de son ambivalence qui lui permettra de la résoudre



Exemple: l' alcool

Poursuivre		Arrêter	
<i>Bénéfices</i>	<i>Coûts</i>	<i>Bénéfices</i>	<i>Coûts</i>
Relaxant Plaisir à boire	Perte de ma famille Mauvais exemple pour mes enfants Dommages pour ma santé Dépenses excessives Détérioration de mes facultés mentales Perte du travail Mine ma vie	Moins de conflits familiaux Plus de temps avec mes enfants Me sentir mieux physiquement Moins de soucis d' argent	J' aime être défoncé Quelle attitude avec mes amis Comment gérer le stress

Croire en la réussite augmente la réussite

- Croyez en ce que vous faites/faites ce que vous dites/dites ce en quoi vous croyez ! ++
- Construire des objectifs et réfléchir aux moyens de les réaliser: “il n’y a pas de vent favorable pour ceux qui ne savent pas où ils vont”.
- Apporter des informations (en plus des résumés), pour favoriser les prises de conscience.. mais trop d’info tue l’info..



CABINET INTERNATIONALE DU DR YAO KOUADIO ALBERT

Le Docteur Yao Kouadio Albert astrologue, chercheur, aromathérapeute, ophthamologue, gynecologue, andrologue international, secrétaire général des tradi-praticiens de Côte d'Ivoire sis au depot 9 a Abobo près du maquis le village.

Soigne et guérit : Les sero-positifs - Le Zona - la tuberculose pulmonaire - l'érection molle - impuissance sexuelle - faiblesse sexuelle - éjaculation précoce - cancer du sein et de l'utérus.

Traite: La catacte en 5 minutes.

Réparateur: des cœurs brisés (couple divorcé), produits qui efface les vergetures et les cicatrices, augmentation ou dimunition du pénis (ou sexe chez les hommes), sorciers, paralysie des membres et la méningite, la préparation aux examens et concours, la préparation spirituelle d'un terrain en construction, et fait des opérations chirurgicales

de fibrome, de myome, ou de Kyste par télé phone, redresse tous les sexes tordus, fait demmarré les motos russes.

Cabinet du Docteur Yao sis à Abobo Dépot 9 de la sotra près du maquis le village.

Contacts : Ligne directe du Dr Yao : 24 39 03 47/Secrétariat : 24 39 03 40/Cél : 07 96 73 20

Heure de réception : 7H à 18H30 même les jours fériés

Le changement

LA RÉSISTANCE AU CHANGEMENT

4 comportements de « résistance » = dissonance dans la relation

Argumenter	Interrompre	Nier	Ignorer
<ul style="list-style-type: none"> -Remettre en doute ce que dit l'aidant ou ses compétences -Ne pas tenir compte de ce que dit l'autre -Être hostile 	<ul style="list-style-type: none"> -Couper la parole -Élever la voix 	<ul style="list-style-type: none"> -Blâmer -Être en désaccord -Trouver des excuses -Se croire à l'abri des conséquences négatives -Minimiser -Être pessimiste -Ne pas désirer changer 	<ul style="list-style-type: none"> -Ne pas porter attention -Donner des réponses qui n'en sont pas -Ne pas réagir -Dévier du sujet

(Miller & Rollnick, 1991)

Statu quo versus changement

- L'ambivalence entre ces deux versants est naturelle.
- Si j'argumente en faveur du changement, la personne va argumenter en faveur du statu quo, ce qui renforce ce point de vue.

« Oui, je sais bien qu'il faudrait que j'arrête de fumer, mais j'aime ça et de plus je ne veux pas prendre du poids..... »

Résolutions d'octobre

Lundi 1er janvier

Mes bonnes résolutions sont prises pour l'année qui commence.
Le plus dur, ça va être de les tenir.

Ma première décision a d'ailleurs été de m'engager à tenir mes résolutions.

La deuxième a été de ne pas me laisser entraîner à prendre des résolutions dont je ne serais pas certain de pouvoir les tenir.

La troisième a été de fixer des délais raisonnables de mise en œuvre de ces intentions dans le dessein de me donner le plus de temps possible à la mise en chantier de ce travail sur moi-même.

La quatrième et dernière a été de convenir de ne pas éprouver de sentiment de honte ou de regret si je devais, par mégarde, transgresser ces promesses que je me suis faites à moi-même.

Voilà donc les quatre grands axes de l'année qui commence.

Je l'entame sur des bases nouvelles. Et je me dis que si tout le monde faisait comme moi, la société tournerait un peu plus rond.

Mais je ne jette la pierre à personne. Ce que j'ai fait n'est pas facile, je le sais. Et je comprends parfaitement que l'on ne soit pas assez solide pour s'y conformer.

Geluck enfonce le clou

En pratique

- Plus il y a de résistance au changement, plus le médecin argumente, moins le changement est probable.
- Plus l'entretien est mené de façon directive et dans la confrontation, plus la résistance augmente et le « discours - changement » diminue.
- Plus l'entretien est mené de façon empathique, réflexive, soutenant, plus la résistance diminue et le « discours - changement » augmente.

Le changement

3. « ROULER AVEC LA RESISTANCE »

Rouler avec la résistance

- OUI, J'arrêteraï bien de fumer MAIS mes amis fument tous
- OUI, Je suis prêt à faire un effort pour diminuer l'alcool MAIS pas le week end cela serait trop difficile

Pièges à éviter

- Argumenter en faveur du changement
- Jouer à l'expert « c'est moi qui sais »
- Critiquer, culpabiliser ou blâmer
- Cataloguer « vous êtes alcoolique »
- Être pressé, aller plus vite que le patient

Que faire face au déni (Miller 1995) ?

- Reflet *simple*, ou *amplifié* jusqu' au désaveu (sans susciter de l' hostilité...), ou *double* pour refléter l' ambivalence (d' un côté, et de l' autre....)
- Changer le point de mire : enlever l' attention sur l' élément problématique pour y revenir plus tard.
- « Encaisser » la résistance.
- Mettre l' emphase sur la liberté de choix.
- Recadrer : inviter le patient à voir un problème sous un nouvel éclairage ou selon une nouvelle perspective (dans un reflet ou un résumé)

L' éthique de l' entretien motivationnel

Nous souhaitons souvent les changements de comportement de nos patients parce que nous sommes des soignants et que nous voulons fondamentalement le bien pour eux. Parfois malgré eux...

Ethique de la relation ?

- La relation de soin ne peut pas être une relation de pouvoir. S'il y a du pouvoir (de la part du médecin ou du patient), il ne peut pas y avoir de soin.
- « Ne pas nuire » et « soutenir sans juger » : conflits intérieurs et contraintes extérieures...
- Se comporter de manière éthique nécessite de se réinterroger sans arrêt, se poser chaque fois la question : « *Ai-je fait ce qu'il fallait pour ce patient, ou bien ai-je fait ce que JE croyais bon? »* »
- Dans le doute ou devant un dilemme, demander avis...

Le changement

CONSTRUIRE UN PLAN DE CHANGEMENT

Dresser un plan, avec lui

- Les changements qu' il veut faire (ses objectifs, pas ceux du thérapeute) ;
- Les raisons primordiales pour lesquelles il veut les faire ;
- Les étapes qu' il planifie pour changer ;
- la façon dont les autres peuvent l' aider : qui, comment...
- les éléments pour mesurer le succès du plan ;
- les éléments qui peuvent interférer.

Une personne aidante (conjoint...) ?

- Pour mieux comprendre le problème ;
- Pour contribuer à l' établissement et la mise en œuvre des objectifs de traitement ;
- Pour travailler avec le patient sur des problèmes pouvant nuire à l' atteinte des objectifs de traitement.
- Mais il peut y avoir danger de surcharger le patient d' informations négatives, données par un « aidant » hostile, source possible de démotivation importante : à négocier ou faire cesser ?

Conclusion

Confrontés à des patients qui fument, boivent, etc., chacun développe son style dans la manière de conseiller, avec des résultats souvent décevants. C' est pour y remédier que nous pouvons utiliser cette conception modélisée du conseil médical.

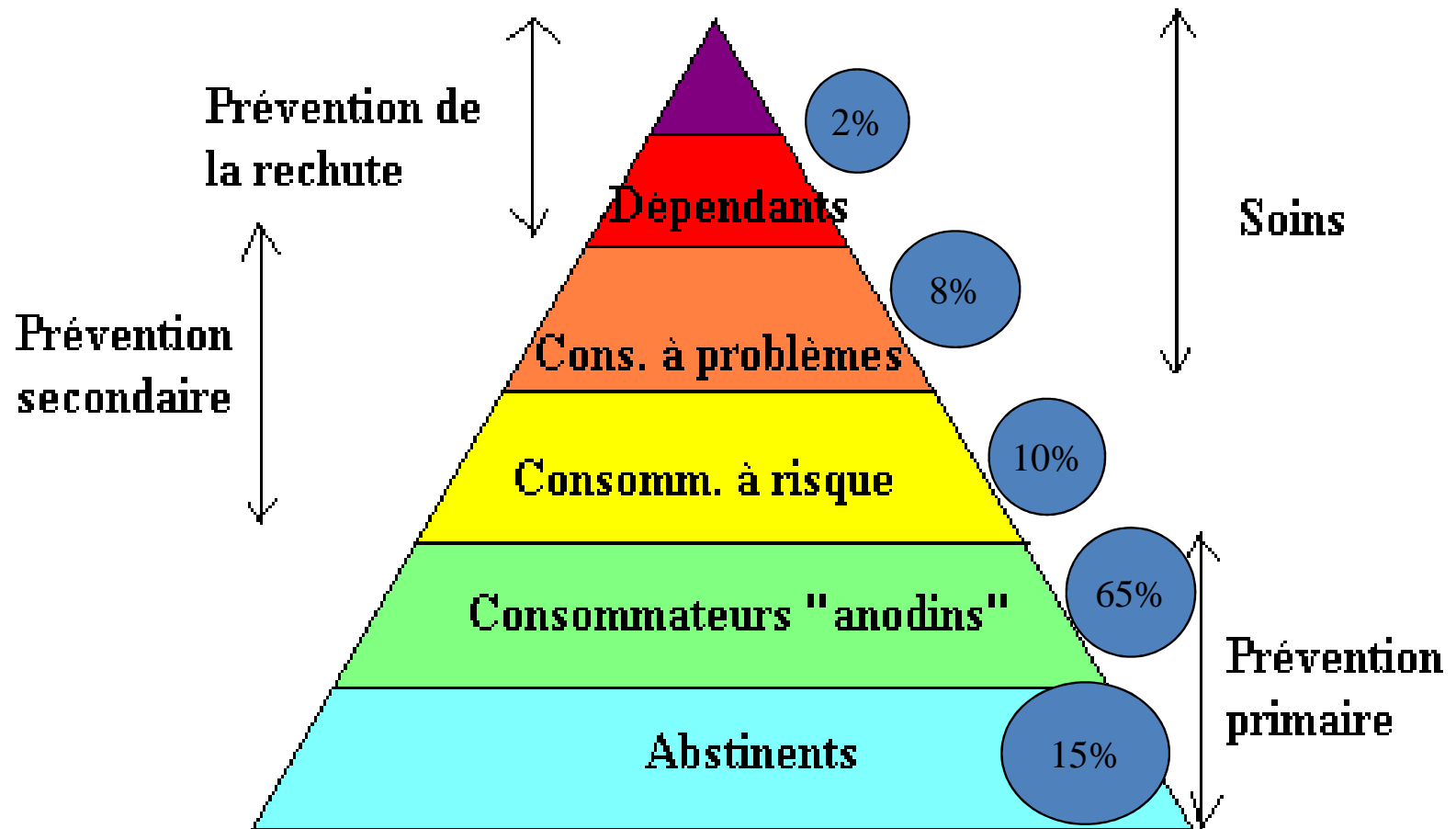
Bibliographie

- Données bibliographiques sur le site des Entretiens Motivationnels: www.motivationalinterview.org (avec interview de Bill Miller)
- En français
<http://www.entretienmotivationnel.org/?PHPSESSID=c03fbb5335de95a812a80ba16c5dc432>
- Quelques exercices à faire pour s'entraîner <http://revue.medhyg.ch/article.php3?sid=31657>
- Carl Rogers et les EM <http://www.entretien-motivationnel.fr/carl-rogers.htm>
- DVD comportant 3 cas cliniques ciblés vers la toxicomanie, et autres supports.(Schering-Plough/Dr AZOULAI) et une vidéo de démo <http://www.youtube.com/watch?v=B0c3-7XdSSY>
- Alcool et intervention brève: http://www.parlarsante.fr/exces_alcool_intervention.htm

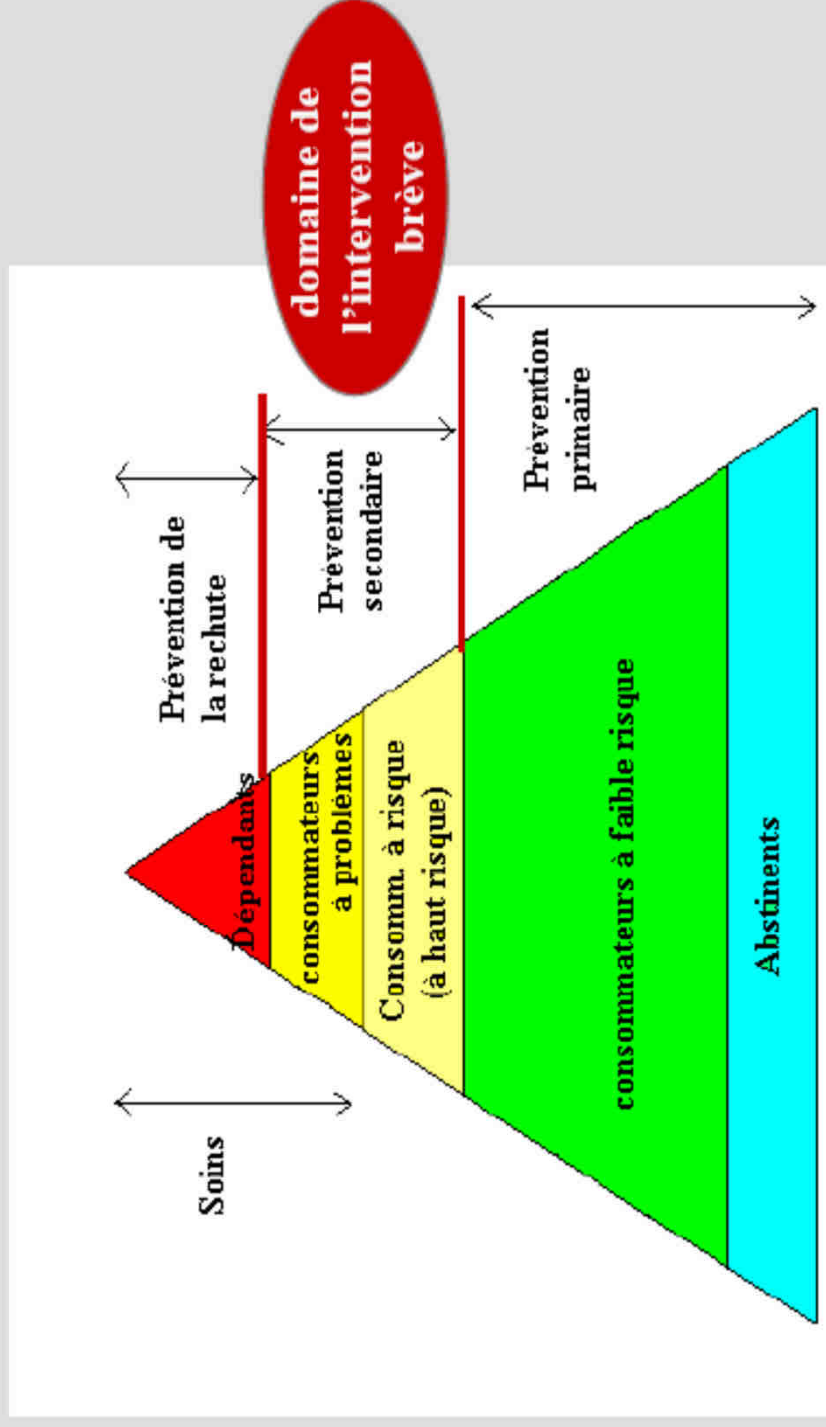
Intervention brève

- Il ressort des méta-analyses que l'intervention brève est l'approche la plus appropriée pour permettre, en un temps limité, d'aborder un comportement avec un patient dans le but de tenter de le faire changer.
- Une « intervention brève motivationnelle »: le RPIB

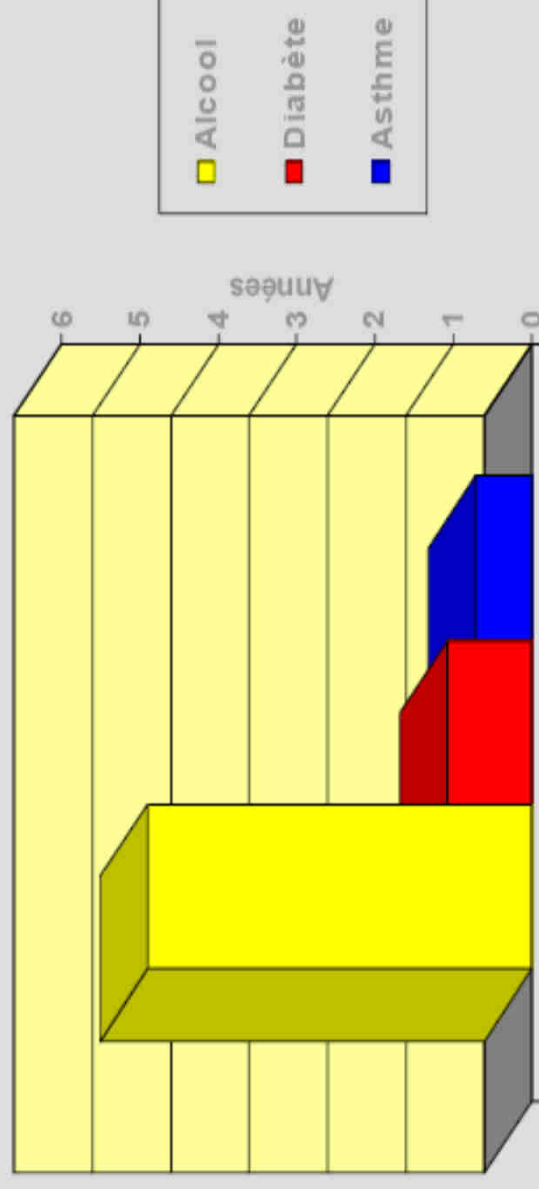
Le risque alcool



La question du risque alcool



L'alcool plus en cause que le diabète et l'asthme dans la morbidité et la mortalité prématurée



Source: OMS (2002).
Années : Années de bonne santé perdues (par décès, maladie ou handicap) moyenne établie sur la population européenne


LE CONSTAT en France en 2003:

- 5 millions de personnes souffrent de problèmes médicaux et de difficultés psychologiques ou sociales liées à une consommation d'alcool.
- 20 % des HTA sont dues à l'alcool
- 45 000 personnes meurent chaque année de maladies en relation avec le produit « alcool »
-

Le verre standard

Chacun de ces verres contient 10 grammes d'alcool pur

(Rappel : certaines personnes avec deux verres peuvent atteindre une alcoolémie de 0,5g/L)



Selon vous,
quel verre
contient le plus
d'alcool
pur ?

©IPPSA, 2007
courtoisie Merc3-Lipha-Sant3

Le verre standard

Le verre standard

- unité de consommation de 10 g d'alcool pur (en France)
- le verre qui est servi au bistro

A la maison, c'est une autre affaire

- Savoir convertir bouteille, et cannette en verres standard
 - **Vin, 75 cl, 11° = 7 verres**
 - **Whisky, 70 cl = 22 verres**
 - **Bière, cannette de 33 cl = 1,5 verre (ou plus si très alcoolisée)**

un support visuel (affiche, livret) facilite la compréhension de cette équivalence des boissons

- **les livrets INPES contiennent des « journaux de bord » utilisables pour mesurer sa consommation**

10

Le repérage systématique par questionnaire

Être systématique

- Tous vos patients adolescents ou adultes peuvent être à un moment de leur vie confronté au risque alcool
- En parler à tous, mais pas à chaque consultation !
- Périodicité à définir

- Pourquoi être systématique ?
 - Seul moyen d'échapper à la sélectivité
 - Pour ne pas stigmatiser
 - Possibilité d'être surpris
- Comment mettre en place une stratégie de repérage acceptable en routine ?
 - Utiliser le questionnaire FACE, tous les ans ou tous les deux ans
 - Le proposer en utilisant des situations qui facilitent l'abord de la question
 - Ou en le présentant pour ce qu'il est : un acte de prévention

Exercice pratique

Faites remplir le questionnaire FACE à votre voisin
(et réciproquement)

FACE Formule pour apprécier la consommation par entretien*

- A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

Réponses :

- 0 = « jamais »,
- 1 = « une fois par mois ou moins »,
- 2 = « 2 à 4 fois par mois »,
- 3 = « 2 à 3 fois par semaine »,
- 4 = « 4 fois ou plus par semaine »

- Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

Réponses :

- 0 = « un ou deux »,
- 1 = « trois ou quatre »,
- 2 = « cinq ou six »,
- 3 = « sept à neuf »,
- 4 = « dix ou plus »

- * Référence :
Arfaoui S. et al.
RPMG, 2004
- Votre entourage vous a-t-il fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?
- Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?
- Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?
Pour ces trois dernières questions : non = 0, oui = 4

23

©IPPSA 2007

L'intervention brève en 8 points

Chez tous les patients

Proposer le test de repérage quand cela a du sens

1. Restituer le score du test de repérage

Pour tous ceux qui ont un score relevant de l'IB

2. Expliquer le risque alcool
3. Parler du verre standard
4. Montrer l'intérêt pour le patient de la réduction
5. Exposer des méthodes utilisables pour réduire sa consommation
6. Proposer des objectifs, laisser le choix
7. Donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation
8. Remettre le livret INPES

Revisiter cette « check-list » après chaque intervention, c'est le bon moyen pour devenir performant et être à l'aise pour la prochaine

Recommandation de bonne pratique 2015

- Le repérage d'un mésusage de l'alcool est efficace et pertinent en médecine générale et en pratique infirmière de soins primaires (Niveau de preuve 1).
- Les médecins généralistes, comme tous professionnels de santé, doivent donc être les acteurs privilégiés du repérage des problèmes d'alcool, tout au long de la vie d'un individu et de son parcours de santé (GRADE A).
- Les professionnels de soins primaires qui s'estiment incompetents ou ont une réticence pour aborder les problématiques d'alcool avec les patients peuvent améliorer leur pratique par une formation spécifique (Niveau de preuve 1). <http://www.sfalcoologie.asso.fr/>
<http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf>

Le dossier médical:

- Le repérage doit être noté et régulièrement réactualisé dans le dossier médical, la consommation étant une donnée évolutive dans le temps.
- L'abord de la consommation d'alcool avec un patient doit préférentiellement s'effectuer de manière ouverte, en évitant d'emblée les questions fermées qui limitent les informations spontanément fournies par le sujet (AE).
- Le repérage d'un mésusage doit être consigné dans le dossier médical du patient.

Les objectifs de l'intervention thérapeutique: « du sur mesure »

- Lors de l'évaluation initiale, il est recommandé d'accepter l'objectif de consommation du sujet
- L'abstinence est l'objectif de consommation le plus sûr pour les personnes souffrant d'un mésusage sévère
- Si elles ne souhaitent pas s'engager vers l'abstinence, envisager un accompagnement vers la réduction des dommages.
- Pour les sujets avec une dépendance peu sévère, sans comorbidité significative, et si le soutien social est adéquat, envisager l'objectif de consommation de réduction de la consommation

En pratique

L'objectif de réduction de la consommation devrait idéalement viser à ne pas dépasser

- 21 verres-standard par semaine chez l'homme
- 14 verres-standard par semaine chez la femme
- Cependant, toute réduction significative de la consommation est susceptible d'apporter un bénéfice substantiel au sujet.
- Ainsi, dans une perspective de réduction des dommages, toute cible de la réduction de la consommation est plus acceptable que le *statu quo*, et mérite d'être valorisée.
- Certains patients n'arrivant à progresser que par étapes : adapter les cibles de réduction en fonction des ressources susceptibles d'être mises en œuvre.

Le sevrage ambulatoire

- A privilégier en dehors des indications de sevrage résidentiel*.
- Il permet un soin efficace dans le milieu de vie habituel.
- Le suivi clinique rapproché au domicile, implique à la fois le médecin traitant et les acteurs soignants associés.

*delirium (confusion mentale éventuellement accompagnée d'hallucinations) ou crises comitiales au moment de l'évaluation; antécédent de delirium ou de crises comitiales ; consommation associée de substances psychoactives à doses élevées... importance du syndrome de sevrage, échec de sevrages ambulatoires itératifs, comorbidité sévère ou instable, fragilité liée à l'âge, demande pressante de l'entourage, faible soutien social, situation sociale précaire, grossesse (AE).



SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE
DOCUMENTATION ET DE RECHERCHE
EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Prévenir la rechute en ambulatoire s'inscrit dans un projet de soins personnalisé défini avec le patient

- travail en réseau
- moyens médico-sociaux*,
- notamment le médecin traitant,
- Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

* thérapies comportementales + ou - cognitives, entretiens motivationnels, stratégies de coping, exposition au stimulus combiné à l'approche comportementale, renforcement communautaire, renforcement des contingences, thérapie de couple et familiale, thérapie basée sur l'environnement, réseaux sociaux

Memento pratique pour la médecine générale

Je connais les seuils de risque

- Jamais plus de **4 verres** par occasion pour l'usage ponctuel.
- Pas plus de **21 verres/semaine** pour l'usage régulier chez l'homme.
- Pas plus de **14 verres/semaine** chez la femme.

Je sais expliquer le verre standard

Un verre standard est défini par une quantité d'alcool pur de **10 grammes** correspondant approximativement à 10 cl de vin, 25 cl de bière à 5 % vol, ou 3 cl d'alcool à 40 % vol.



Equivalences de conditionnements -Verre standard-

Bière 25 cl 1 verre	Bière 33 cl 1,5 verre	Bière 50 cl 2 verres	Vin 10 cl 1 verre	Vin 15 cl 1,5 verre	Vin 20 cl 2 verres	Vin 25 cl 2,5 verre	Vin 30 cl 3 verres	Vin 40 cl 4 verres	Vin 50 cl 5 verres	Vin 60 cl 6 verres	Vin 70 cl 7 verres	Vin 80 cl 8 verres	Vin 90 cl 9 verres	Vin 100 cl 10 verres	Vin 120 cl 12 verres	Vin 150 cl 15 verres	Vin 200 cl 20 verres	Vin 250 cl 25 verres	Vin 300 cl 30 verres	Vin 400 cl 40 verres	Vin 500 cl 50 verres	Vin 600 cl 60 verres	Vin 700 cl 70 verres	Vin 800 cl 80 verres	Vin 900 cl 90 verres	Vin 1000 cl 100 verres

Je reconnais un mésusage de l'alcool

- **Usage à risque :**
 - ✓ dépassement des seuils de manière ponctuelle ou régulière, sans dommage somatique, psychique ou social pour l'instant ;
 - ✓ consommation en dessous des seuils mais dans des situations particulières à risque (mineurs, grossesse, personnes âgées, conduite de véhicule, médicaments ou pathologies incompatibles, activité professionnelle ou sportive ...).
- **Usage nocif :** dommages somatiques, psychiques ou sociaux, mais sans éléments en faveur d'une dépendance.
- **Dépendance :** désir puissant de consommer, perte de contrôle de la consommation, ou poursuite de la consommation dans des situations dangereuses.

J'ose en parler

- J'adopte un style d'entretien empathique.
- Je demande la permission au patient de discuter de sa consommation d'alcool.
- J'explore l'ambivalence en interrogeant sur les aspects positifs et négatifs de la consommation.
- J'évalue la consommation déclarée d'alcool, par exemple avec l'AUDIT-C.

Je repère quand ?

- **Examen systématique et régulier.**
 - Dommages en lien possible avec l'alcool.
 - En cas de grossesse (ou désir de grossesse).
 - En cas d'exposition/vulnérabilité (adolescence, grand âge, précarité, problèmes psychiatriques ou autres addictions).
 - Pathologies résistantes aux traitements.
 - Médicaments incompatibles avec l'alcool.
 - Tout changement négatif sur le plan somatique, psychique ou social.

Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement

J'évalue périodiquement la consommation d'alcool (AUDIT-C)

Sur l'année écoulée (nombre de points attribués entre parenthèses) :

- Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?
 - Jamais (= 0) 1 fois par mois (= 1) 2 à 4 fois par mois (= 2)
 - 2 à 3 fois par semaine (= 3) 4 fois ou plus par semaine (= 4)
- Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire ou vous buvez de l'alcool ?
 - 1 ou 2 (= 0) 3 ou 4 (= 1) 5 ou 6 (= 2) 7 à 9 (= 3) 10 ou plus (= 4)
- Au cours d'une même occasion combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres standard ou plus ?
 - Jamais (= 0) Moins de 1 fois par mois (= 1) 1 fois par mois (= 2)
 - 1 fois par semaine (= 3) Chaque jour ou presque (= 4)

→ **Mésusage probable** : score ≥ 4 chez l'homme et ≥ 3 chez la femme.

→ **Dépendance probable** : score ≥ 10 quel que soit le sexe.

Quel que soit le score AUDIT-C, je recherche des comorbidités :

- Autres troubles d'usage de substances et addictions comportementales.
- Pathologies somatiques en lien avec l'alcool (maladies du foie, cancers, HTA, ...).
- Pathologies psychiatriques.
- Problèmes sociaux.

AUDIT-C ≥ 4 (homme) ou ≥ 3 (femme) et < 10

Pas de comorbidité

Comorbidité

Action : intervention psychosociale de type motivationnel

Objectif idéal : réduction

Finalité : ↘ les risques

Objectif idéal : abstinence

Objectif accepté du patient : réduction ou abstinence

Finalité : ↘ les dommages

Action : intervention psychosociale pour la réduction ou l'abstinence

Résultat : objectif atteint ?

Non

Oui

Action : suivi psychosocial

Les interventions psychosociales sont de ma compétence

Éléments motivationnels

- Consommation : mettre l'accent sur le choix personnel.
- Se focaliser sur les préoccupations du patient.
- Valoriser les réussites et les petits succès.
- On peut exprimer son inquiétude sur l'état de santé et le relier à la consommation d'alcool.
- Éviter d'étiqueter le patient (avec un diagnostic stigmatisant).
- Éviter de forcer la résistance du patient.

Réduction de la consommation

- Insister sur la tenue d'un agenda de consommation.
- Définir ensemble un objectif de consommation.
- Pointer positivement chaque succès.
- Encourager la recherche de stratégies concrètes pour résoudre les difficultés résiduelles.

Maintien de l'abstinence

- Pointer positivement chaque succès.
- Rechercher et pointer les bénéfices liés à l'abstinence (santé, social).
- Encourager la recherche de stratégies concrètes pour gérer les envies de boire.
- Valoriser l'entourage soutenant, orienter vers une association d'entraide.

Je sais prescrire en première intention

- Vitamine B1, 500 mg par jour durant 1 à 3 semaines, selon l'intensité du mésusage.

Pour un sevrage ambulatoire

Cibler la plus petite dose efficace de benzodiazépines, sur la plus courte durée.

A titre d'exemple

Valium 10 (diazépam) :

- 1-1-2 les 1^{er} et 2^{ème} jours d'arrêt de l'alcool
- 1-1-1 le 3^{ème} jour
- 1-0-1 le 4^{ème} jour
- 0-0-1 le 5^{ème} jour. -1 boîte-

Restez à la maison les 2 premiers jours.

Pas de conduite de véhicule durant le traitement.

Revoir rapidement pour adapter la posologie selon les symptômes de sevrage ou la sédation.

Pour un objectif de réduction

Selincro (nalméfène) :

- 1 cp tous les jours où vous pensez être exposé au risque de boire.
 - A prendre idéalement 2 heures avant le moment du risque de boire, ou dès le matin.
- QSP 28 jours (2 boîtes)-

Revoir dans 1 semaine, puis 15 jours, puis 1 fois/mois minimum, au moins 6 mois.

Prescription après un essai de réduction infructueux de 15 jours, sans médicament.

Pour un maintien de l'abstinence

Revia (naltrexone) : 1 cp le matin.

-1 boîte de 28 cps, renouvelable-

Dans tous les cas, revoir le patient au moins 1 fois/mois. Traitement pour 3 mois.

Aotal (acamprosate) : 2 cps matin/midi/soir.

-1 boîte de 180 cps, renouvelable-

Dans tous les cas, revoir le patient au moins 1 fois/mois. Traitement pour 1 an.

Respecter les recommandations de l'AMM, notamment les contre-indications, comme par exemple les opiacés (analgésiques ou substitution) avec la naltrexone et le nalméfène et surveiller la survenue de signes de sevrage ou d'effets secondaires, afin de les contrôler.

Je sais prescrire en deuxième intention

Espéral (disulfirame) dans le maintien de l'abstinence : ½ cp le matin. Ne jamais associer à l'alcool. Traitement pour un mois renouvelable. Revoir le patient tous les mois.

Baclofène dans le maintien de l'abstinence ou la réduction de la consommation :

- Aller sur le site de la recommandation temporaire d'utilisation (RTU) <https://www.rtu.baclofene.org> et inscrire le patient comme ceci est obligatoire.
- Bien suivre les recommandations du site et rédiger une ordonnance pour 1 mois de traitement maximum portant la mention « *Prescription hors AMM* ».
- Remettre au patient l'attestation mensuelle de traitement, imprimable depuis le portail.
- Commencer par un ½ comprimé de baclofène 10 mg trois fois par jour pendant 2 à 3 jours, puis ½ + ½ + 1 (2-3 jours), puis ½ + 1 + 1 (2-3 jours), puis 1 + 1 + 1 (2-3 jours), puis augmenter d'un comprimé tous les 3 jours jusqu'à apparition de l'effet du baclofène.
- A partir de la dose de 120 mg/jour le prescripteur doit solliciter l'avis d'un médecin expérimenté dans la prise en charge de l'alcoolodépendance.
- En cas d'arrêt de traitement, celui-ci devra être progressif (en 1 à 4 semaines, par paliers par exemple de 10 ou 15 mg tous les 2 jours).

Pour ne pas conclure

- Comme pour les autres pathologies, le médecin généraliste reste le pivot de la prise en charge.
- Permettant un accompagnement de longue durée, il est la première personne ressource tant pour le sujet que pour son entourage.
- Le soutien qu'il apporte nécessite une formation adaptée
- A l'évidence, la place du médecin généraliste va fortement dépendre de son niveau de formation
- L'objectif thérapeutique doit prendre en compte les préférences du patient

Le changement chez le médecin...

En l'an 2000 1-Bibliomed n° 366 du 9 décembre 2004 Mésusages de l'alcool : pourquoi est-il si difficile d'en parler ?

- Les généralistes se trouvent **insuffisamment formés** tant dans le domaine de l'alcool que de la relation ⁽²⁾ ;
- ils ont un **sentiment d'inutilité** en raison des échecs fréquents dans ces domaines ;
- ils redoutent un allongement des consultations et **manquent de temps** ;
- ils ne se trouvent pas rémunérés pour ce type de tâche ;
- surtout ils ressentent des **difficultés pour aborder le problème alcool** en dehors de toute demande, craignant de s'immiscer dans l'intimité des patients et qu'une telle demande soit mal perçue par eux.
- Pour eux l'alcool reste toujours un sujet tabou ⁽³⁾

2- CFES. Baromètre santé, médecins généralistes 1998-99. Paris : CFES ; 2000.

3- Samuel R, Michaud Ph. Le généraliste face au risque alcool : une étude qualitative. Prat Med Thérap 2002 ; 21 : 23-6.



A quel usage ?

(méta-analyse 1991, 72 essais randomisés)

- Méthode efficace pour les comportements à risque mais aussi toutes les maladies (diabète, asthme, etc.) où interviennent des données comportementales : baisse significative pour *IMC, cholestérol total, consommation d'alcool*, non significative pour *HbA1c, pression artérielle systolique et nombre de cigarettes/j.*
- Résultat positif dans 80% des études pour les psychologues et médecins, 46% pour les autres professionnels.
- Résultat confirmé pour 64% des études où l'entretien était réalisé dans les délais habituels d'une consultation (15 mn), renforcé dès qu'il y avait plus d'un rendez-vous.
- Aucun effet délétère.

Merci à tous!
Et bon travail