

Prise en charge en soins primaires des troubles liés à l'usage d'alcool et de la consommation à risque

Partie 2 : conseiller, prescrire, connecter

Sheryl Spithoff MD CCFP Meldon Kahan MD CCFP FRCPC FCFP

Résumé

Objectif Présenter aux médecins de soins primaires des renseignements et des conseils fondés sur des données probantes concernant la prise en charge de la consommation à risque et des troubles liés à l'usage d'alcool (TUA).

Sources des données Nous avons entrepris une recherche documentaire non systématique à l'aide d'expressions de recherche en anglais, notamment *primary care; screening, interventions, management et treatment; et at-risk drinking, alcohol use disorders, alcohol dependence et alcohol abuse*; ainsi que des interventions spécifiques en médecine et en counseling pertinentes aux soins primaires.

Principaux messages Dans le cas de patients ayant une consommation à risque ou un TUA, les médecins devraient offrir du *counseling* et, au besoin (p. ex. les patients dont le TUA est de modéré à grave), *prescrire* et *connecter*.
Counseling : Offrir à tous les patients ayant une consommation à risque une brève séance de counseling et un suivi. Offrir à tous les patients ayant un TUA des séances de counseling et un suivi constant (fréquent et régulier).
Prescrire : Offrir des médicaments (disulfiram, naltrexone, acamprostate) à tous les patients ayant un TUA de modéré à grave.
Connecter : Encourager les patients souffrant d'un TUA à suivre des programmes de counseling de jour ou en résidence et d'adhérer à des groupes d'entraide. S'il est indiqué de le faire, demander une consultation pour le patient auprès d'un spécialiste en médecine des dépendances, de services concurrents en santé mentale et en toxicomanie ou une thérapie spécialisée pour traumatisme.

Conclusion Les médecins de famille peuvent prendre en charge efficacement les patients qui ont une consommation à risque ou des TUA.

Un *consommateur d'alcool à risque* est une personne qui boit plus que les quantités recommandées dans les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada (DCAFR)¹ mais qui ne présente pas les critères cliniques d'un trouble lié à l'usage d'alcool (TUA). Un trouble lié à l'usage d'alcool est une maladie psychiatrique définie comme une utilisation d'alcool causant une déficience ou une détresse significative sur le plan clinique, caractérisée par un contrôle insuffisant de la consommation et la poursuite de l'habitude en dépit de ses conséquences dommageables. La 5^e édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-V) classe les TUA selon qu'ils sont légers, modérés ou sévères. Les médecins sont peut-être plus familiers avec les catégories de diagnostics de l'édition antérieure du DSM : *abus d'alcool et dépendance à l'alcool*. L'abus d'alcool correspond à un TUA plus léger et la dépendance à l'alcool équivaut à un TUA plus grave.

L'usage abusif d'alcool est courant dans la société canadienne; environ 14 % des personnes de 15 ans et plus excédaient les DCAFR quant au risque de consommation chronique et 10 % dépassaient les directives de consommation pour limiter les risques à court

POINTS DE REPÈRE DU RÉDACTEUR

- Les troubles liés à l'usage d'alcool et la consommation à risque sont courants au Canada. La prise en charge en soins primaires est au moins aussi efficace que les traitements spécialisés pour réduire la consommation excessive.
- La prise en charge en soins primaires devrait inclure 3 composantes : conseiller, prescrire et connecter. La solidité de la relation thérapeutique est un déterminant important de la réussite du counseling et la relation bien établie entre le médecin et le patient en soins primaires est utile dans le traitement des troubles liés à l'usage d'alcool et de la consommation à risque. Il n'y a pas de délais dans l'accès au traitement et les taux d'adhésion au traitement en soins primaires sont élevés par rapport à ceux en soins spécialisés.



Cet article donne droit à des crédits Mainpro-M1. Pour obtenir des crédits, allez à www.cfp.ca et cliquez sur le lien vers Mainpro.

Cet article fait l'objet d'une révision par des pairs. *Can Fam Physician* 2015;61:e266-72

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the June 2015 issue on page 515.

terme². De plus, environ 2,6 % de la population répond au critère de la dépendance à l'alcool (équivalent au TUA plus sévère)³. L'usage abusif d'alcool est la principale cause évitable de décès et d'incapacité au Canada⁴. Les coûts pour la société canadienne sont également considérables : selon une étude, les coûts totaux de l'usage abusif d'alcool en 2002 se situaient à 14,6 milliards \$, dont 3,3 milliards \$ en coûts de santé directs⁵.

Dans la première partie (page e259) de cette série de 2, nous présentons une approche au dépistage et à l'évaluation des problèmes liés à l'alcool en soins primaires⁶. Le présent article décrit une approche à la prise en charge en soins primaires.

Cas : récapitulation

Il y a 2 semaines, vous avez posé un diagnostic de TUA à H.M., une femme de 43 ans. Elle boit la plupart des jours de la semaine et prend environ 3 consommations à chaque fois. Par ailleurs, les fins de semaines, elle boit souvent 5 verres ou plus le soir. Elle boit habituellement de la bière, mais aussi des alcools forts à l'occasion.

Elle ne commence à boire que durant la soirée et ne conduit sous l'influence de l'alcool. Elle a connu plusieurs épisodes d'amnésie au cours de la dernière année à cause de sa forte consommation; il lui est arrivé une fois de tomber et de se blesser au poignet. Elle est mariée, mais n'a pas d'enfant. Elle a de nombreuses querelles avec son partenaire à propos de sa consommation. Elle dit ne pas avoir de sérieux symptômes de sevrage et a passé des jours sans boire. Toutefois, elle a remarqué qu'elle dort mal et se sent plus anxieuse lorsqu'elle ne boit pas. Elle a souvent essayé de réduire sa consommation, mais sans succès.

Les constatations à l'examen physique lors du dernier rendez-vous étaient normales. Elle ne présente pas de signes de dysfonction hépatique. Les résultats des analyses de laboratoire étaient normaux, sauf un taux élevé de γ -glutamyl-transpeptidases.

Vous aviez fait une évaluation complète au dernier rendez-vous et vous lui avez demandé de revenir aujourd'hui pour une séance de 30 minutes.

Sources des données

Nous avons entrepris une recherche documentaire non systématique à l'aide d'expressions de recherche en anglais, notamment *primary care; screening, interventions, management et treatment; et at-risk drinking, alcohol use disorders, alcohol dependence et alcohol abuse*; ainsi que des interventions spécifiques en médecine et en counseling pertinentes aux soins primaires.

Principaux messages

Les interventions en soins primaires pour la consommation à risque et les TUA sont efficaces. Des

études randomisées contrôlées et des révisions systématiques ont démontré que des conseils brefs en milieu de soins primaires permettent de réduire la consommation d'alcool chez les buveurs à risque et ceux qui ont de légers problèmes liés à l'alcool⁷. Les données probantes sont les plus convaincantes pour les hommes d'âge moyen, mais plus faibles pour les femmes et les jeunes^{8,9}.

De brèves interventions n'aident pas à réduire la consommation abusive chez les patients souffrant d'un TUA plus sévère¹⁰. Par ailleurs, des études randomisées contrôlées durant la dernière décennie ont révélé qu'une prise en charge en soins primaires accompagnée d'un counseling continu et d'une pharmacothérapie est efficace (aussi efficace¹¹⁻¹⁴ qu'une prise en charge spécialisée en dépendances) pour réduire une forte consommation chez de tels patients.

L'efficacité de la prise en charge en soins primaires pour des TUA plus graves est attribuable à plusieurs raisons. Les taux d'engagement à l'endroit du traitement en soins primaires sont plus élevés que ceux en soins spécialisés¹³. Les patients font généralement confiance à leurs médecins de famille et se confient à eux¹⁵. Il n'y a que peu ou pas de délais dans l'amorce de l'intervention. L'accès immédiat au traitement et le suivi à long terme ont eu une plus grande influence sur les résultats en matière de consommation que l'intensité du traitement¹⁶. Contrairement à de nombreux programmes spécialisés en toxicomanie, les médecins de famille peuvent prescrire des médicaments pour les TUA (disulfiram, naltrexone et acamprosate). Enfin, les patients qui se désistent du suivi reconnectent éventuellement avec les soins primaires pour une autre raison et peuvent reprendre le traitement de leur dépendance.

Selon des études effectuées en soins primaires¹¹⁻¹³, la prise en charge dans ce milieu devrait comporter 3 composantes : conseiller et, au besoin (p. ex. pour les patients souffrant d'un TUA de modéré à sévère), prescrire et connecter.

Conseiller. Il y a lieu d'offrir à tous les patients dont la consommation est à risque une brève séance de counseling et un suivi. Les médecins devraient passer en revue les DCAFR avec leurs patients et exprimer leurs inquiétudes à propos de la quantité ou de la fréquence de la consommation d'alcool de leurs patients. Ils devraient faire des liens entre cette habitude et ses conséquences possibles à court et à long termes et ensuite déterminer les objectifs des patients et leur réceptivité à changer. Des conseils pratiques de la part des médecins sur la façon de réduire la consommation d'alcool aident les patients à atteindre leurs objectifs (**Encadré 1**). La brochure à l'intention des patients du Centre canadien de lutte contre les toxicomanies résume ces renseignements¹⁷. Il faudrait offrir aux patients un rendez-vous de suivi pour revoir avec eux leur consommation d'alcool.

Encadré 1. Conseils pour réduire la consommation d'alcool à l'intention des consommateurs à risque ou des patients ayant un TUA léger

Proposez les stratégies suivantes pour réduire la consommation d'alcool :

- Se fixer un objectif de réduction de la consommation. L'objectif devrait préciser les quantités à chaque jour de consommation et les circonstances (p. ex. pas plus de 3 consommations les jeudis, vendredis et samedis et ne pas boire seul). L'objectif doit aussi inclure des jours de sobriété
- Inscire ses consommations sur un calendrier, dans un calepin ou une application de téléphone intelligent
- Arriver et partir lors d'activités où on boit de l'alcool à des heures prédéterminées (p. ex. rester seulement 3 heures au bar ou à une fête)
- Manger avant et pendant qu'on boit
- Commencer à boire plus tard durant la soirée ou la veillée
- Changer pour une boisson alcoolisée qu'on aime moins
- Se fixer un rythme de consommation (p. ex. pas plus de 1 consommation à l'heure)
- Boire lentement à petites gorgées
- Alternier entre une boisson alcoolisée et une sans alcool
- Attendre 20 minutes entre la décision de boire et la consommation réelle

TUA—trouble lié à l'usage d'alcool

Encadré 2. Conseils pour maintenir l'abstinence ou la réduction de la consommation pendant les premiers mois à l'intention des patients souffrant d'une TUA de modérée à sévère

Proposez les stratégies suivantes pour maintenir l'abstinence ou la réduction de la consommation :

- Faire de son rétablissement sa première priorité durant les quelques premiers mois
- Éviter les « déclencheurs » (p. ex. les bars, les compagnons de beuverie)
- Éviter les stress (p. ex. une surcharge de travail, des conflits interpersonnels)
- Trouver des méthodes pour réduire le stress comme l'exercice ou la méditation
- Manger et dormir à des heures régulières
- Passer du temps avec des membres de la famille et des amis qui offrent du soutien
- Avoir des contacts chaque jour avec un ami proche, un membre de la famille ou un parrain des AA pour obtenir du soutien
- Avoir recours aux AA ou à d'autres groupes d'entraide, s'il y en a
- Avoir un plan d'urgence pour interrompre une gorgée ou une rechute
- En cas de récurrence, communiquer immédiatement avec son médecin, conseiller ou parrain

AA—Alcooliques anonymes, TUA—trouble lié à l'usage d'alcool

La force de la relation entre le patient et le thérapeute représente un facteur déterminant de réussite dans le counseling¹⁵. Les relations fortes se caractérisent par de la confiance, de la compassion, une écoute empathique et un encouragement à l'autoefficacité.

Offrez à tous les patients souffrant d'un TUA des séances de counseling et un suivi continu (fréquent et régulier). L'approche en counseling pour les patients ayant un TUA est semblable à celle adoptée pour les consommateurs à risque. Les médecins doivent exprimer leurs inquiétudes à propos de la consommation et faire des liens avec ses répercussions sur la vie des patients.

Explorez les objectifs du patient. Pour ceux dont le TUA et les répercussions sur la vie ne sont pas trop graves, une réduction de la consommation est un but raisonnable. On devrait encourager les femmes enceintes et ceux dont les problèmes de santé sont aggravés par l'alcool (p. ex. dysfonction hépatique, troubles de l'humeur ou convulsions) à viser l'abstinence. De plus, les patients souffrant d'un TUA grave trouvent souvent difficile de réduire leur consommation. Toutefois, dans tous les cas, le médecin devrait continuer à soutenir le patient si ses objectifs sont de réduire sa consommation afin de maintenir l'engagement, tout en donnant de l'encouragement et des conseils pratiques susceptibles d'aider le patient à atteindre et maintenir l'abstinence

(Encadré 2). Le médecin pourrait envisager de négocier avec les patients d'essayer pendant une courte période (1 ou 2 mois) de réduire leur consommation et, si ce n'est pas possible, de viser plutôt l'abstinence.

Vérifiez si le patient est prêt à changer. S'il ne l'est pas, le médecin devrait exprimer son inquiétude mais demeurer encourageant. Si le patient envisage un changement mais demeure ambivalent, il peut être utile d'explorer les pour et les contre de consommer de l'alcool.

Lorsque les patients sont prêts à changer, ils ont besoin de conseils pratiques et de counseling axé sur les solutions pour réduire leur consommation ou s'abstenir de boire (Encadrés 1 et 2). Les médecins devraient explorer les obstacles et les avenues menant au changement. Le médecin devrait travailler avec le patient à un plan d'action pour éviter les déclencheurs et encourager le patient à établir un réseau de soutien social et à adopter un mode de vie sain. Il devrait aussi proposer des méthodes pour résister aux envies de boire (Encadré 3)¹⁸. Les interventions comportementales qui intègrent ces techniques obtiennent de bons résultats¹¹. Le médecin devrait encourager des visites fréquentes (chaque semaine ou aux 15 jours initialement) et offrir un soutien constant.

La récurrence est fréquente durant le rétablissement; les patients traversent souvent de nombreux cycles de rechutes et de rémissions avant d'en arriver au

Encadré 3. Résister aux envies et aux besoins de boire

Recommandez les techniques suivantes pour aider les patients à résister aux envies ou aux besoins de boire :

- La technique du report à plus tard : « Je ne vais pas céder tout de suite à cette envie. Je vais attendre 5 (ou 10 ou 15) minutes pour décider si je lui résiste ou non »
- La technique de la distraction : Préparer à l'avance une liste de distractions (p. ex. appeler un ami, aller marcher ou courir, faire du ménage). Choisir l'une ou l'autre des distractions lorsque survient une envie
- La technique du surf de l'envie : S'imaginer que l'envie est une vague dans l'océan et que l'on fait du surf en se servant de sa respiration comme planche. Surfer sur cette vague de son sommet à son déclin, sans être submergé ni balayé par son énormité¹⁸

règlement à long terme de leur problème. Les patients se sentent habituellement coupables et honteux quand ils récidivent et les médecins devraient expliquer dès le départ cette possibilité et la qualifier de normale. Ensemble, les médecins et les patients devraient déterminer ce qui a suscité cette rechute et deviser un plan pour minimiser de futures récurrences.

Prescrire. Les médecins de famille devraient prescrire des médicaments tôt dans le traitement. Ils devraient se familiariser avec les 3 médicaments homologués par Santé Canada pour le traitement des TUA : le disulfiram, la naltrexone et l'acamprosate (**Tableau 1**)^{19,20}. Ils devraient aussi connaître les indications du recours aux inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine. Typiquement, ces médicaments sont prescrits pour 6 mois, mais cette durée peut être prolongée. Ces médicaments sont efficaces¹⁴ et le nombre nécessaire à traiter est de 12 autant pour l'acamprosate que la naltrexone¹⁹. La naltrexone et l'acamprosate réduisent aussi l'utilisation et les coûts des soins de santé^{21,22}. Le disulfiram est efficace s'il est administré sous supervision²⁰.

La plupart des assurances privées couvrent ces médicaments. Au Québec et au Yukon, la naltrexone se trouve sur le formulaire général. Certaines provinces, comme l'Ontario, rendent accessibles la naltrexone et l'acamprosate selon un processus de demande spéciale. D'autres provinces, comme l'Alberta, ne couvrent aucun de ces médicaments. Le disulfiram n'est plus produit au Canada; toutefois, il est peu coûteux et les patients peuvent s'en procurer dans les pharmacies galéniques ou en ligne.

Divers autres médicaments ont obtenu des résultats prometteurs dans des études contrôlées, notamment le topiramate, l'ondansétron et le baclofène. Toutefois, il s'agit de médicaments dont l'utilisation pour les TUA est non indiquée sur l'étiquette; ils ne devraient servir

que chez les patients qui n'ont pas répondu à d'autres médicaments. Il demeure incertain si la combinaison de médicaments améliore les résultats²³.

La naltrexone : La naltrexone est l'agent de première intention. Elle bloque les récepteurs opioïdes et diminue les effets euphoriques associés à l'alcool. Des études ont démontré qu'elle réduisait le nombre de jours de consommation excessive et les quantités consommées à chaque épisode de consommation²⁴. Elle aide aussi les patients à rester abstinents¹⁹. On peut la prescrire même si le patient boit toujours. La naltrexone est contre-indiquée chez les patients qui prennent des opioïdes, parce qu'étant un antagoniste des opioïdes, elle peut déclencher un sevrage aigu sévère. On a associé la naltrexone à une hausse réversible des transaminases hépatiques quand elle est prise à doses excessives (bien supérieures à 50 mg/j). C'est pourquoi elle est contre-indiquée chez des patients souffrant d'insuffisance hépatique (ascite, encéphalopathie, hypertension portale, etc.) et devrait être utilisée avec prudence chez des patients ayant une forme ou une autre de dysfonction ou de maladie hépatique. Les médecins devraient vérifier les taux de transaminases hépatiques avant de commencer à prescrire de la naltrexone et doivent s'abstenir de la faire si les taux sont supérieurs à 3 fois la limite normale la plus élevée. Ils doivent aussi surveiller ces taux régulièrement durant la thérapie et discontinuer la naltrexone si les taux de transaminases sont de plus du triple de la valeur au point de départ. Pour mettre les choses en perspective, des études contrôlées ont démontré que les patients qui prennent de la naltrexone ont des taux de transaminases hépatiques inférieurs à ceux des patients qui prennent un placebo²⁵, ce qui laisse entendre que la naltrexone est plus sécuritaire que l'alcool pour le foie. Il faut dire aux patients qu'ils doivent informer leurs autres professionnels de la santé qu'ils prennent de la naltrexone s'ils ont besoin d'opioïdes pour des douleurs aiguës; ils nécessiteront initialement de plus fortes doses d'analgésiques opioïdes jusqu'à ce que l'effet de la naltrexone disparaisse. Pour atténuer les malaises gastro-intestinaux, la dose initiale est de 25 mg de naltrexone par jour pendant 3 jours, puis de 50 mg par jour. Le patient devrait ressentir moins d'envies de boire et réduire sa consommation dans un délai de quelques jours. Si une dose de 50 mg a peu d'effet sur les envies de boire, elle peut être augmentée à 100 mg ou 150 mg (**Tableau 1**)^{19,20}.

Le disulfiram : Le disulfiram bloque la conversion de l'éthanal en acide acétique. L'accumulation d'éthanal cause des bouffées vasomotrices, de la tachycardie, des sueurs et des malaises gastro-intestinaux. Selon des études, le disulfiram est efficace s'il est administré sous supervision²⁰. Les meilleurs candidats pour ce médicament sont des patients très motivés qui ont un partenaire, un pharmacien ou un parrain des Alcooliques anonymes disposé à superviser l'utilisation du médicament. Parmi

Tableau 1. Médicaments pour les TUA

MÉDICAMENT	ACTION	EFFICACITÉ	DOSE	CONTRE-INDICATIONS ET EFFETS SECONDAIRES
Naltrexone	Bloque les récepteurs opioïdes et réduit les effets euphoriques de la consommation d'alcool	NNT = 12 pour prévenir une forte consommation et NNT = 20 pour l'abstinence ¹⁹	25 mg pendant 3 j (pour réduire les effets GI) puis augmenter à 50 mg/j jusqu'à un maximum de 100 mg/j Il n'est pas nécessaire que le patient soit abstinent avant de commencer	Contre-indications <ul style="list-style-type: none"> • Prendre des opioïdes • Enzymes hépatiques élevées (> 3 fois les valeurs normales) • Insuffisance hépatique (prudence avec une dysfonction ou une maladie) • Grossesse Effets secondaires <ul style="list-style-type: none"> • Malaises GI • Enzymes hépatiques élevées Surveillance <ul style="list-style-type: none"> • Mesurer les enzymes hépatiques au point de départ, après 4 semaines, puis aux 3 mois • Discontinuer la naltrexone si les taux sont > 3 fois plus hauts qu'au point de départ
Acamprosate	Antagonise les récepteurs de glutamate (neurotransmetteur excitateur)	NNT = 12 pour l'abstinence ¹⁹	666 mg 3 fois par jour ou 333 mg 3 fois par jour en présence d'insuffisance rénale ou si le poids est de < 60 kg Les patients doivent être abstinents pendant au moins 4 jours avant de commencer	Contre-indications <ul style="list-style-type: none"> • Néphropathie sévère • Grossesse Effets secondaires <ul style="list-style-type: none"> • Malaises GI • Nervosité
Disulfiram	Bloque la conversion de l'éthanal en acide acétique et cause une accumulation d'éthanal. Les patients ont des sueurs, des palpitations et de l'hypotension. Les effets peuvent être sévères et, dans de très rares cas, fatals.	A des résultats positifs s'il est administré sous supervision ²⁰ (par un partenaire, un pharmacien ou un parrain des AA) Se compare favorablement à la naltrexone et à l'acamprosate dans les études comparatives directes	250 mg/j (variant entre 125 mg et 500 mg) Il faut être abstinent pendant au moins 2 jours avant de commencer La réaction au disulfiram peut se produire jusqu'à 10 jours après avoir arrêté la médication	Contre-indications <ul style="list-style-type: none"> • Personnes âgées • Maladies cardiaques • Dysfonction, maladie ou insuffisance hépatique • Psychoses • Dysfonction cognitive • Grossesse Effets secondaires <ul style="list-style-type: none"> • Hépatite • Neuropathie • Dépression • Psychose Surveillance <ul style="list-style-type: none"> • Mesurer les enzymes hépatiques au point de départ, après 2 semaines, puis aux 3 mois • Discontinuer si les taux augmentent de > 3 fois les valeurs normales

AA—Alcooliques anonymes, GI—gastro-intestinal, NNT—nombre nécessaire à traiter, TUA—trouble lié à l'usage d'alcool

ses effets secondaires, on peut mentionner l'hépatite, la psychose, la neuropathie et la dépression. Le disulfiram est contre-indiqué chez les patients souffrant de dysfonction hépatique, de maladies cardiaques, de psychose ou de dysfonction cognitive et chez les patientes enceintes ou qui prévoient le devenir. Les patients doivent être abstinents pendant plusieurs jours avant de commencer le traitement et ne peuvent pas boire pendant qu'ils prennent ce médicament (**Tableau 1**)^{19,20}.

L'acamprosate: L'acamprosate antagonise le glutamate, un neurotransmetteur excitateur influencé par l'alcool. Il augmente l'intervalle de temps avant la récurrence, mais il ne réduit pas la consommation excessive^{19,26}. L'acamprosate n'est efficace que chez

les patients qui ont été abstinents pendant au moins quelques jours et les médecins devraient attendre qu'un patient n'ait pas bu pendant au moins 4 jours avant de commencer la médication. Toutefois, si les patients récidivent et boivent, il ne cause pas de réaction. Il est contre-indiqué dans les cas de dysfonction rénale grave. La dose est de 666 mg 3 fois par jour. Une légère dysfonction rénale ou un faible poids exige des ajustements à la dose (**Tableau 1**)^{19,20}.

Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine : Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine devraient être prescrits aux patients souffrant d'un trouble primaire (sous-jacent) de l'humeur ou d'anxiété. On devrait soupçonner un trouble primaire si les

problèmes d'humeur ou d'anxiété étaient présents avant le TUA et persistent durant des périodes d'abstinence.

Connecter. Des services additionnels spécialisés en dépendances et en santé mentale peuvent améliorer les résultats chez les patients souffrant d'un TUA. Toutefois, les taux de désistement aux rendez-vous sont élevés (souvent 50 % ou plus) chez les patients qui ont une dépendance lorsque les services sont offerts en dehors des cliniques de soins primaires²⁷. Cette situation s'explique par de multiples facteurs, dont l'ambivalence à propos du traitement, l'absence d'une alliance thérapeutique avec le professionnel, des problèmes concomitants de santé mentale et les coûts associés avec la visite (transport, garderie, etc.)^{28,29}. Par conséquent, les médecins doivent être persistants et encourager continuellement les patients à respecter leurs rendez-vous et à se prévaloir d'autres services.

Conseillers : Les conseillers peuvent jouer un rôle important dans la guérison d'une toxicomanie. Ils devraient avoir reçu une formation spécifique en counseling pour une dépendance, notamment en thérapie de prévention des récurrences, en counseling comportemental, en thérapie motivationnelle et en thérapie cognitivo-comportementale pour dépendances³⁰.

Groupes d'entraide : Les groupes d'entraide, comme Alcooliques anonymes et les Secular Organizations for Sobriety, peuvent réduire le risque de rechute chez les patients qui vont régulièrement aux rencontres et adhèrent au traitement³¹. Les patients devraient essayer divers groupes d'entraide avant d'en choisir un qui leur convient. Ces groupes comportent divers avantages par rapport aux programmes de traitement formels. Dans les plus grandes villes, des rencontres ont lieu chaque jour dans de nombreux endroits. Les patients n'ont pas à être mis sur une liste d'attente ou à subir d'évaluation. Les membres offrent un soutien social informel, ce qui peut être essentiel pour les patients dont les réseaux sociaux sont peu encourageants ou néfastes.

Programmes de traitement de jour ou en résidence : Habituellement, ces programmes offrent une thérapie structurée de prévention des rechutes en groupe. La plupart des programmes en résidence durent quelques semaines et comportent un suivi continu (« postcure ») pendant jusqu'à 2 ans. Les taux de décrochage dans les programmes en résidence et de jour sont élevés³² mais, chez les patients qui terminent un programme, le tiers d'entre eux sont encore abstinents après 1 an et la plupart des 2 tiers qui restent ont réduit leur consommation d'alcool³³.

Traitement concomitant : Selon des données probantes convaincantes, les patients qui souffrent de troubles de santé mentale concomitants (anxiété, dépression, troubles de la personnalité, bipolarité et autres problèmes de santé mentale) ont de meilleurs résultats lorsqu'ils

reçoivent un traitement concomitant et intégré (p. ex. un traitement des 2 problèmes en même temps par les mêmes professionnels)³⁴. Si de tels services ne sont pas accessibles, les médecins de soins primaires peuvent demander une consultation pour ces patients auprès de services en santé mentale afin d'obtenir de l'aide dans un traitement simultané (non intégré). Certains patients peuvent ne pas avoir besoin d'une telle consultation; les médecins de famille peuvent se sentir à l'aise d'offrir un traitement concomitant aux patients dont les troubles de l'humeur ne sont pas complexes.

Services spécialisés en traumatisme : Les patients qui souffrent d'un trouble du stress post-traumatique bénéficient de services simultanés. Ils obtiennent de meilleurs résultats avec des services intégrés et concomitants validés, spécifiques au traumatisme comme Seeking Safety³⁵.

Médecine des dépendances : Les médecins de soins primaires devraient consulter un spécialiste de la médecine des dépendances dans les cas plus complexes ou si les patients ne s'améliorent pas avec une prise en charge en soins primaires.

Cas : visite de suivi pour un counseling

H.M. ne vient pas à son premier rendez-vous de counseling, mais se présente à un rendez-vous ultérieur remis à l'heure. Elle n'a pas changé encore ses habitudes de consommation. Ensemble, vous passez en revue son objectif. Elle aimerait réduire sa consommation et se conformer aux DCAFR et elle est prête à faire ce changement. Elle évalue sa motivation à 9 sur 10 et sa confiance à 6 sur 10.

Vous appuyez sa décision, mais vous exprimez aussi votre inquiétude : il est difficile pour une personne ayant un TUA de modéré à grave d'avoir une consommation à faible risque. L'abstinence serait peut-être un meilleur objectif pour elle. H.M. ne croit pas que ce soit un but raisonnable pour elle et vous convenez tous 2 d'essayer une consommation à plus faible risque.

Ensemble, vous explorez ses obstacles à une réduction de sa consommation d'alcool et les facteurs qui déclenchent ses rechutes. Vous discutez de son insomnie et d'hygiène du sommeil. Vous passez en revue ses réseaux de soutien et vous l'encouragez à suivre un counseling (couvert par l'intermédiaire de son employeur) et à aller à des réunions de groupes d'entraide. Vous lui donnez des trucs pour réduire sa consommation, y compris commencer plus tard dans la journée, prendre une pause entre 2 verres, ne pas boire certains jours de la semaine et inscrire ses consommations dans un carnet. Elle refuse une demande de consultation auprès d'un spécialiste en médecine des dépendances.

Vous discutez aussi avec elle de médication et vous l'encouragez à essayer la naltrexone. Ce médicament pourrait l'aider à réduire le nombre de jours de forte consommation. Elle accepte et vous lui remettez une ordonnance. Vous consignez le diagnostic comme étant un TUA modéré.

Vous continuez à la voir chaque mois durant l'année suivante. Même s'il lui a fallu plusieurs mois, elle est capable de réduire sa consommation et à suivre les DCAFR et elle boit rarement plus de 2 consommations par occasion. Ses taux de γ -glutamyl-transpeptidases sont revenus à la normale. Elle continue à prendre de la naltrexone. Elle signale que, dans l'ensemble, elle se sent moins anxieuse et dort beaucoup mieux. Elle suit régulièrement un counseling. Elle vous révèle qu'elle suit une thérapie de groupe axée sur les traumatismes en raison de violences qu'elle a subies durant l'enfance. Elle croit que ces mauvais traitements ont contribué à sa forte consommation.

Conclusion

La consommation à risque et les TUA sont très fréquents dans la société canadienne. Les interventions en soins primaires sont au moins aussi efficaces pour réduire une forte consommation que les soins spécialisés. La prise en charge en soins primaires devrait comporter 3 composantes. Offrez un *counseling* à tous les consommateurs à risque et à ceux souffrant d'un TUA (utilisez l'établissement d'un objectif, la solution de problèmes et des conseils pratiques). *Prescrivez* des médicaments contre l'alcool à tous les patients souffrant d'un TUA de modéré à sévère. *Connectez* ceux qui ont un TUA avec d'autres traitements, notamment avec des conseillers, des groupes d'entraide, une thérapie concomitante en santé mentale et un traitement en médecine des dépendances. 🌿

La **D^{re} Spithoff** est médecin membre du personnel de l'Équipe de santé familiale du Women's College Hospital à Toronto, en Ontario. Le **D^r Kahan** est professeur agrégé au Département de médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto et directeur du Service de toxicomanie au Women's College Hospital.

Collaborateurs

Les 2 auteurs ont contribué à la recherche documentaire et à l'interprétation des données et à la préparation du manuscrit aux fins de présentation.

Intérêts concurrents

Le **D^r Kahan** a reçu des honoraires de Reckitt-Benckiser pour la présentation de séances de formation médicale continue sur la Suboxone (buprénorphine-naloxone).

Correspondance

D^{re} Sheryl Spithoff; courriel sheryl.spithoff@wchospital.ca

Références

- Butt P, Beirness D, Gliksman L, Paradis C, Stockwell T. *Alcohol and health in Canada: a summary of evidence and guidelines for low-risk drinking*. Ottawa, ON: Centre canadien de lutte contre les toxicomanies; 2011.
- Santé Canada [site web]. *Drug and alcohol use statistics*. Ottawa, ON: Santé Canada; 2009. Accessible à: www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/stat/index-eng.php. Réf. du 22 avril 2015.
- Tjepkema M. Alcohol and illicit drug dependence. *Health Rep* 2004;15(Suppl):9-19.
- Shield KD, Rylett M, Gmel G, Gmel G, Kehoe-Chan TA, Rehm J. Global alcohol exposure estimates by country, territory and region for 2005—a contribution to the comparative risk assessment for the 2010 Global Burden of Disease Study. *Addiction* 2013;108(5):912-22. Publ. en ligne du 4 mars 2013.

- Rehm J, Gnam W, Popova S, Baliunas D, Brochu S, Fischer B et coll. The costs of alcohol, illegal drugs, and tobacco in Canada, 2002. *J Stud Alcohol Drugs* 2007;68(6):886-95.
- Spithoff S, Kahan M. Primary care management of alcohol use disorder and at-risk drinking. Part 1: screening and assessment. *Can Fam Physician* 2015;61:509-14 (ang), e259-65 (fr).
- Bertholet N, Daepfen JB, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med* 2005;165(9):986-95.
- Kaner EFS, Beyer F, O'Dickinson H, Pienaar E, Campbell F, Schlesinger C et coll. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(2):CD004148.
- O'Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D, Schulte B, Schmidt C, Reimer J et coll. The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol Alcohol* 2014;49(1):66-78.
- Freyer-Adam J, Coder B, Baumeister SE, Bischof G, Riedel J, Paatsch K et coll. Brief alcohol intervention for general hospital inpatients: a randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend* 2008;93(3):233-43. Publ. en ligne du 3 déc. 2007.
- Anton RF, O'Malley SS, Ciraulo DA, Cisler RA, Couper D, Donovan DM et coll. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;295(17):2003-17.
- O'Malley SS, Rounsaville BJ, Farren C, Namkoong K, Wu R, Robinson J et coll. Initial and maintenance naltrexone treatment for alcohol dependence using primary care vs specialty care: a nested sequence of 3 randomized trials. *Arch Intern Med* 2003;163(14):1695-704.
- Oslin DW, Lynch KG, Maisto SA, Lantinga LJ, McKay JR, Possemato K et coll. A randomized clinical trial of alcohol care management delivered in Department of Veterans Affairs primary care clinics versus specialty addiction treatment. *J Gen Intern Med* 2014;29(1):162-8. Publ. en ligne du 20 sept. 2013.
- Miller PM, Book SW, Stewart SH. Medical treatment of alcohol dependence: a systematic review. *Int J Psychiatry Med* 2011;42(3):227-66.
- Moyers TB, Miller WR. Is low therapist empathy toxic? *Psychol Addict Behav* 2013;27(3):878-84. Publ. en ligne du 1^{er} oct. 2012.
- Moos RH, Moos BS. Long-term influence of duration and intensity of treatment on previously untreated individuals with alcohol use disorders. *Addiction* 2003;98(3):325-37.
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *Canada's low-risk alcohol drinking guidelines handout*. Ottawa, ON: Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. Accessible à: www.ccsa.ca/Resource%20Library/2012-Canada-Low-Risk-Alcohol-Drinking-Guidelines-Brochure-en.pdf. Réf. du 24 avril 2015.
- Bowen S, Chawla N, Marlatt GA. *Mindfulness-based relapse prevention*. New York, NY: Guilford Press; 2010.
- Jonas DE, Amick HR, Feltner C, Bobashev G, Thomas K, Wines R et coll. Pharmacotherapy for adults with alcohol use disorders in outpatient settings: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2014;311(18):1889-900.
- Jørgensen CH, Pedersen B, Tonnesen H. The efficacy of disulfiram for the treatment of alcohol use disorder. *Alcohol Clin Exp Res* 2011;35(10):1749-58. Publ. en ligne du 25 mai 2011.
- Mark TL, Montejano LB, Kranzler HR, Chalk M, Gastfriend DR. Comparison of healthcare utilization among patients treated with alcoholism medications. *Am J Manag Care* 2010;16(12):879-88.
- Baser O, Chalk M, Rawson R, Gastfriend DR. Alcohol dependence treatments: comprehensive healthcare costs, utilization outcomes, and pharmacotherapy persistence. *Am J Manag Care* 2011;17(Suppl 8):S222-34.
- De Sousa A. The pharmacotherapy of alcohol dependence: a state of the art review. *Mens Sana Monogr* 2010;8(1):69-82.
- Rösner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, Vecchi S, Srisurapanont M, Soyka M. Opioid antagonists for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(12):CD001867.
- Yen MH, Ko HC, Tang FI, Lu RB, Hong JS. Study of hepatotoxicity of naltrexone in the treatment of alcoholism. *Alcohol* 2006;38(2):117-20.
- Rösner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, Leher P, Vecchi S, Soyka M. Acamprosat for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(9):CD004332.
- Molfenter T. Reducing appointment no-shows: going from theory to practice. *Subst Use Misuse* 2013;48(9):743-9. Publ. en ligne du 22 avril 2013.
- Palmer RS, Murphy MK, Piselli A, Ball SA. Substance abuse treatment drop-out from client and clinician perspectives: a pilot study. *Subst Use Misuse* 2009;44(7):1021-38.
- Mitchell AJ, Selmes T. Why don't patients attend their appointments? Maintaining engagement with psychiatric services. *Adv Psychiatr Treat* 2007;13(6):423-34.
- Psychological and psychosocial interventions. Dans: National Collaborating Centre for Mental Health. *Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence*. NICE Clinical Guidelines, no. 115. Leicester, RU: British Psychological Society; 2011. p. 229-356. Accessible à: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0042151. Réf. du 28 avr. 2015.
- Ferri M, Amato L, Davoli M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(3):CD005032.
- Addiction medicine: closing the gap between science and practice*. New York, NY: National Centre on Addiction and Substance Abuse at Columbia University; 2012. Accessible à: www.casacolumbia.org/upload/2012/20120626addictionmed.pdf. Réf. du 28 avril 2015.
- Miller WR, Walters ST, Bennett ME. How effective is alcoholism treatment in the United States? *J Stud Alcohol* 2001;62(2):211-20.
- Santé Canada. *Best practices: concurrent mental health and substance abuse disorders*. Ottawa, ON: Santé Canada; 2002. Accessible à: www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/adv-advp/bp_disorder-mp_concomitants/index-eng.php#a611. Réf. du 28 avril 2015.
- Najavits LM, Hien D. Helping vulnerable populations: a comprehensive review of the treatment outcome literature on substance use disorder and PTSD. *J Clin Psychol* 2013;69(5):433-79.