

Foie et alcool : quel dialogue avec le patient et quelle prise en charge ?

Peter Stärkel^{1,2}

Liver and alcohol: how to communicate with patients and how to manage them?

This article sets out some advice on how to approach a patient with an alcohol use disorder. From the general approach to the initial assessment, diagnosis, and therapeutic plan, there are a number of aspects to be taken into account in order to build a trust relationship with the patient and provide appropriate care.

KEYWORDS

Alcohol, ALD, AUD, therapeutic approach

Dans cet article, quelques conseils pour aborder un patient avec une consommation problématique d'alcool sont présentés. De l'approche générale à l'évaluation initiale, le diagnostic puis l'approche thérapeutique, plusieurs aspects sont à prendre en compte pour viser une relation de confiance avec le patient et une prise en charge adéquate.

L'alcoolisme, ou dépendance à l'alcool, est une pathologie chronique caractérisée par une consommation excessive et régulière d'alcool, entraînant des répercussions physiques, psychologiques et sociales. C'est une problématique complexe, souvent difficile à aborder dans le cadre d'une consultation médicale. Il est donc essentiel d'aborder cette question avec tact, compréhension et efficacité. Voici quelques conseils sur la manière d'aborder un patient alcoolique.

L'APPROCHE GÉNÉRALE

Celle-ci consiste à créer un climat de confiance, parvenir à normaliser la question de la consommation d'alcool et éviter le jugement ou la stigmatisation.

CRÉER UN CLIMAT DE CONFIANCE

Le premier principe à respecter est de créer une relation de confiance avec le patient. L'alcoolisme est une pathologie qui peut être source de honte et de culpabilité. Ainsi, il est crucial de poser les bases d'une consultation où le patient

se sentira écouté et compris, sans jugement. L'écoute active, qui consiste à reformuler les propos du patient et à lui montrer que ses paroles sont prises en compte, peut grandement contribuer à instaurer cette confiance.

NORMALISER LA QUESTION

Le médecin peut alors amener le sujet en posant des questions indirectes sur la consommation d'alcool, comme :

- ▶ « Beaucoup de personnes que je vois parlent de leur consommation d'alcool. Est-ce que vous pensez que cela vous concerne ? »
- ▶ « Est-ce que vous avez déjà remarqué des effets de l'alcool sur votre santé ou vos relations ? »
- ▶ « Beaucoup de gens boivent un verre de temps en temps... »
- ▶ « Nous, les médecins en général posons la question concernant la consommation de vin, bière, apéro... »

Il est important de ne pas être trop intrusif ou pressant, mais d'être suffisamment direct pour ouvrir le dialogue.

ÉVITER LE JUGEMENT ET LA STIGMATISATION

Lorsqu'on aborde un patient alcoolique, il est important de ne pas le juger ni de le culpabiliser. Il faut faire preuve de bienveillance et montrer qu'on est là pour aider et non pour punir. Il est important d'exprimer ses préoccupations avec tact sans langage accusateur, mais aussi avec honnêteté. Utilisez des « je » pour exprimer vos sentiments sans accuser. Par exemple : « *Je me fais du souci pour toi* ». « *J'ai remarqué que vous avez parfois du mal à contrôler votre consommation* ». Il est essentiel de ne jamais porter de jugement sur le comportement du patient, même si celui-ci a des conséquences négatives sur sa santé. Les propos du médecin doivent être empathiques et rassurants. Par exemple, au lieu de dire « Il est inadmissible que vous consommiez autant », il est préférable de dire : « Je comprends que l'alcool puisse être difficile à gérer, mais je suis là pour vous aider à trouver des solutions. »

Il n'est pas rare que l'on dispose quelques éléments cliniques qui peuvent appuyer nos paroles (par exemple : une prise de sang, des symptômes de sevrage etc.) et être utilisés pour interpeler le patient ou interroger un déni. Écoutez attentivement le patient et montrez un véritable intérêt pour ce que la personne a à dire.

ÉVALUATION INITIALE ET DIAGNOSTIC

Il est essentiel de poser un diagnostic précis, d'évaluer la gravité de la dépendance, ainsi que d'identifier les complications associées.

IDENTIFIER LES SIGNES D'ALCOOLISME

L'alcoolisme peut se manifester de différentes manières, que ce soit par des comportements compulsifs, des signes physiques ou des troubles psychologiques. Il est important de savoir repérer les signes évocateurs d'une consommation excessive d'alcool. Parmi ces signes, on peut citer :

- ▶ Des antécédents de consommation excessive d'alcool ou des difficultés à réduire sa consommation.
- ▶ La présence de symptômes de sevrage (tremblements, irritabilité, insomnie, nausées) lorsque la consommation est réduite ou arrêtée.
- ▶ Des comportements à risque liés à la consommation d'alcool (accidents, conduite en état d'ivresse, etc.).
- ▶ Des conséquences sur la santé (troubles hépatiques, gastriques, cardiovasculaires, etc.).

L'interrogation sur la présence de symptômes de sevrage donne une première indication sur la présence d'une dépendance physique.

ÉVALUER LA SÉVÉRITÉ

Avoir une bonne idée de la quantité d'alcool consommée et d'exprimer cette consommation de façon standardisée en unités par jour ou grammes d'alcool par jour est une étape importante. Afin de s'approcher de la réalité de la consommation d'alcool de la personne, il faut toujours poser la question sur la quantité de façon directe (« combien de ...buvez- vous », jamais « buvez-vous de l'alcool » car la réponse probable sera « Non »).

« Combien de verres de vin, de la bière, d'apéro vous arrive-t-il de boire en moyenne par semaine/ par jour »

Il est conseillé d'être le plus précis que possible en quantifiant la consommation en unité standard ou en gramme d'alcool par jour (1 unité standard = 10-12 g d'alcool)

Le médecin peut se faire aider dans cette tâche par plusieurs outils d'évaluation, dont des questionnaires standardisés comme le CAGE (*Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener*) ou le AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) (Figure 1), qui permettent d'évaluer les habitudes de consommation et les risques/comportements à risques associés.

APPROCHE THÉRAPEUTIQUE

ENCOURAGER L'AUTOMONITORING, L'AUTOÉVALUATION ET LE CHANGEMENT

En général, il est difficile pour une personne alcoolique de reconnaître qu'elle a un problème et qu'elle a besoin d'aide. Il est souvent bénéfique de stimuler l'auto-réflexion du patient tout en restant patient et respectueux. Il est essentiel que la personne prenne conscience de l'impact de sa consommation d'alcool sur sa vie sans se sentir attaquée. Il est utile d'encourager le patient à réfléchir sur sa propre consommation d'alcool. Cela peut se faire en lui proposant des outils d'autoévaluation, comme des calendriers ou des applications permettant de suivre sa consommation. Cette prise de conscience peut être le premier pas vers une meilleure gestion de l'alcool.

Face à un patient résistant au changement, il est important de l'inviter, de le motiver à opérer un changement. Encouragez-le à consulter un professionnel, à rejoindre un groupe de soutien, ou à suivre une thérapie. Mettez en évidence que l'aide est là pour l'accompagner, et non pour le juger.

PROPOSER DES SOLUTIONS ADAPTÉES

Une fois que le médecin a établi un diagnostic et compris les besoins du patient, il peut proposer différentes options thérapeutiques. On peut encourager le patient à s'ou-

FIGURE 1. QUESTIONNAIRES CAGE ET AUDIT-C

CAGE

C=cut-down; A=annoyed; G=guilty; E=eye-opener

1. Vous êtes-vous déjà senti coupable au sujet de votre consommation d'alcool ?
2. Avez-vous déjà ressenti le besoin d'abaisser votre consommation d'alcool ?
3. Avez-vous déjà eu le besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?
4. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?

⇒ 2 oui = consommation problématique

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-standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où 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.

virer aux changements et à consulter un professionnel, à rejoindre un groupe de soutien, ou à suivre une thérapie. Il faut insister que l'aide est là pour l'accompagner, et non pour le juger. Les options dépendent du degré d'alcoolisme et des caractéristiques personnelles du patient. Voici quelques solutions possibles :

- **Les interventions brèves** visent à aider une personne à prendre conscience de son comportement en matière de consommation d'alcool et à réduire ou modifier ce comportement de manière rapide et ciblée. Ces interventions sont particulièrement efficaces pour les individus qui ne sont pas encore dépendants, mais qui présentent des comportements à risque ou une consommation excessive ponctuelle d'alcool. Elles peuvent être pratiquées dans des contextes divers tels

que des consultations médicales, des rencontres avec des conseillers ou dans des milieux communautaires.

- **Le sevrage ambulatoire ou hospitalier** : Dans certains cas, le patient peut avoir besoin d'un accompagnement médical pour arrêter sa consommation d'alcool en toute sécurité.
- **La psychothérapie** : Des approches comme la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ou la thérapie motivationnelle peuvent aider le patient à comprendre et à gérer son comportement.
- **Les groupes de soutien** : Des structures comme les Alcooliques Anonymes ou des groupes de soutien peuvent être une aide précieuse pour les patients souhaitant se prendre en charge.

ASSURER UN SUIVI RÉGULIER ET PRÉVENIR LA RECHUTE

Le suivi est essentiel dans la prise en charge de l'alcoolisme, car il s'agit d'une maladie chronique avec un risque élevé de rechute. Le soutien psychologique et la thérapie comportementale sont importants dans la prise en charge des patients alcooliques. L'alcoolisme est souvent associé à des troubles psychologiques sous-jacents tels que la dépression, l'anxiété, ou des traumatismes non résolus. Même après une période de sevrage, les risques de rechute restent élevés. Le médecin doit s'assurer que le patient bénéficie d'un soutien continu, en adaptant les stratégies thérapeutiques au fur et à mesure de l'évolution de la situation. Le suivi peut inclure des rendez-vous régu-

liers, des évaluations de la consommation et des bilans de santé.

Les **traitements pharmacologiques** de maintien peuvent être utilisés pour aider à la gestion de l'alcoolisme (Table 1). Certains traitements visent à réduire les envies de boire ou à prévenir les rechutes. Cependant, la plupart des études randomisées ne montrent qu'une efficacité limitée des approches médicamenteuses dans la prévention de la rechute. Il n'est pas conseillé d'utiliser le recours à une autre substance (le médicament) comme unique approche pour prévenir un nouveau dérapage même si le patient insiste lourdement. Plusieurs molécules peuvent être utilisées dans ce contexte (Table 1).

TABLE 1. PRINCIPALES MOLÉCULES UTILISÉES POUR AIDER À LA GESTION DE L'ALCOOLISME

medication	metabolisme	dose	Efficacité (RCTs, meta)	Risques-CI
Disulfiram	M: hépatique E: 70% rénale	250–500 mg/j	Modérée (compliance)	DILI sévère (hépatite fulminante) CI: atteinte hépatique
Naltrexone	M: hépatique E: principalement rénale	Start: 25 mg/j Dose effective 50 mg/j	Modérée NNT 20 (abstinence)	Hépatotoxicité CI: cirrhose décompensée
Acamprosate	M: non-hépatique E: rénale	Start: 333 mg 3x/j Dose effective 666 mg 3x/j	Modérée NNT 12 (abstinence)	safe
Baclofen	M: partiellement hépatique E: rénale	Start: 5 mg 3x/j Augmentation prog. Dose effective 10-20 mg 3x/j	Gain 10-15% (abstinence)	somnolence CI: encéphalopathie, IR sévère
Gabapentin	M: non-hépatique E: 75% rénale	900–1800 mg 3x/j	Inconnu sevrage	CI: encéphalopathie, IR sévère
Topiramate	M: partiellement hépatique E: rénale	Start: 25–50 mg/j Augmentation prog. Dose effective 300 mg/j	Faible à modérée (abstinence)	CI: encéphalopathie, IR sévère, Cirrhose décompensée

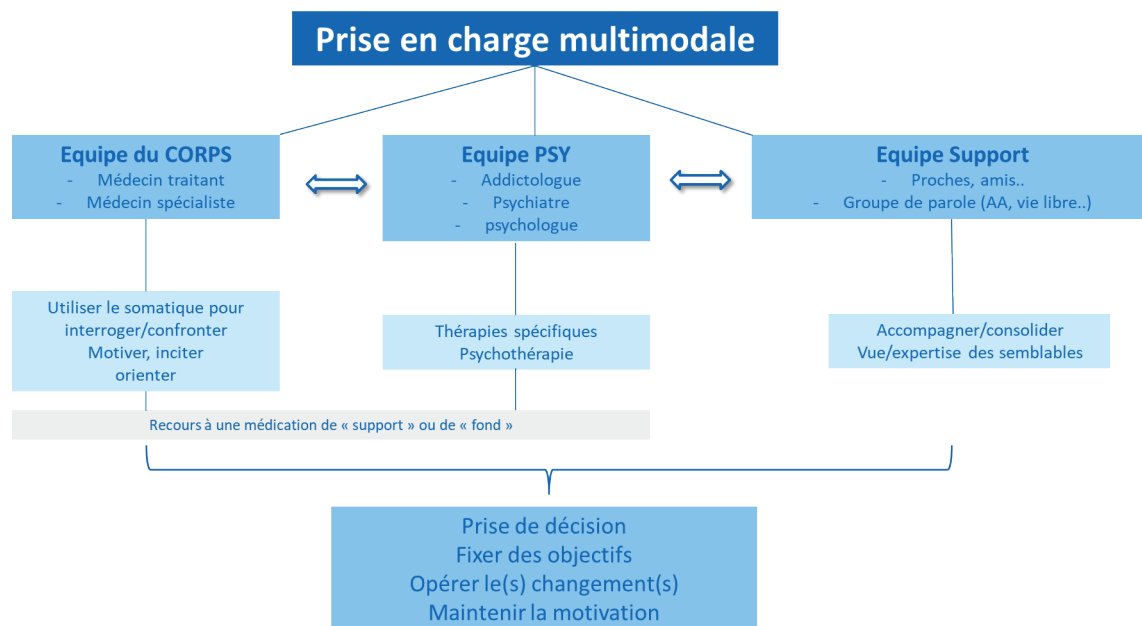
CONCLUSION

Aborder un patient alcoolique demande beaucoup de tact, de compréhension et de patience. Il est important d'instaurer un climat de confiance, de proposer des solutions adaptées et de veiller à un suivi régulier. En adoptant une approche empathique et respectueuse, le médecin pourra accompagner efficacement son patient vers la gestion de son alcoolisme. Une approche multidisciplinaire (Figure 2), alliant suivi médical et psychologique de qualité accompagné d'une prévention des complications, et, souvent, une gestion sociale adaptée est essentielle pour améliorer la qualité de vie du patient alcoolique et prévenir les conséquences graves de l'alcoolisme à long terme.

RÉFÉRENCES

1. Mintz CM, Hartz SM, Fisher SL, Ramsey AT, Geng EH, Gruzca RA, Bierut LJ. A cascade of care for alcohol use disorder: Using 2015-2019 National Survey on Drug Use and Health data to identify gaps in past 12-month care. *Alcohol Clin Exp Res*. 2021 Jun;45(6):1276-1286. doi: 10.1111/acer.
2. Louvet A, Bourcier V, Archambeaud I, d'Alterroche L, Chaffaut C, Oberti F *et al*; CIRRAL group. Low alcohol consumption influences outcomes in individuals with alcohol-related compensated cirrhosis in a French multicenter cohort. *J Hepatol*. 2023 Mar;78(3):501-512. doi: 10.1016/j.jhep.2022.11.013.
3. Degré D, Stauber RE, Englebert G, Sarocchi F, Verset L, Rainer F, *et al*. Long-term outcomes in patients with decompensated alcohol-related liver disease, steatohepatitis and Maddrey's discriminant function <32. *J Hepatol*. 2020 Apr;72(4):636-642. doi: 10.1016/j.jhep.2019.12.023.

FIGURE 2. PRISE EN CHARGE MULTIMODALE PROPOSÉE EN CAS DE CONSOMMATION À RISQUE DE BOISSONS ALCOOLISÉES



4. Mellinger JL, Fernandez AC, Winder GS. Management of alcohol use disorder in patients with chronic liver disease. *Hepatol Commun*. 2023 Jun 14;7(7):e00145. doi: 10.1097/HC9.000000000000145. eCollection 2023 Jul 1
5. Cara Torruellas, Samuel W French, Valentina Medici. Diagnosis of alcoholic liver disease. *World J Gastroenterol*. 2014 Sep 7;20(33):11684-99. doi: 10.3748/wjg.v20.i33.11684.
6. Mueller S. Noninvasive assessment of patients with alcoholic liver disease. *Clin Liver Dis (Hoboken)*. 2013 Apr 24;2(2):68-71. doi: 10.1002/cld.186. eCollection 2013 Apr.
7. Leggio L, Mellinger JL. Alcohol use disorder in community management of chronic liver diseases. *Hepatology*. 2023 Mar 1;77(3):1006-1021. doi: 10.1002/hep.32531
8. Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pinaar ED, Bertholet N, *et al*. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Feb 24;2(2):CD004148. doi: 10.1002/14651858.CD004148
9. Stefan Kohler, Anjuna Hofmann. Can motivational interviewing in emergency care reduce alcohol consumption in young people? A systematic review and meta-analysis. *Alcohol Alcohol*. 2015 Mar;50(2):107-17. doi: 10.1093/alcalc/agu098.
10. Marilyn D Skinner, Pierre Lahmek, Héloïse Pham, Henri-Jean Aubin. Disulfiram efficacy in the treatment of alcohol dependence: a meta-analysis. *PLoS One*. 2014 Feb 10;9(2):e87366. doi: 10.1371/journal.pone.0087366. eCollection 2014
11. Jonas DE, Amick HR, Feltner C, Bobashev G, Thomas K, Wines R *et al*. Pharmacotherapy for adults with alcohol use disorders in outpatient settings: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2014 May 14;311(18):1889-900. doi: 10.1001/jama.2014.3628.
12. Morley KC, Baillie A, Fraser I, Furneaux-Bate A, Dore G, Roberts M, *et al*. Baclofen in the treatment of alcohol dependence with or without liver disease: multisite, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2018 Jun;212(6):362-369. doi: 10.1192/bjp.2018.13.
13. Blodgett JC, Del Re AC, Maisel NC, Finney JW. A meta-analysis of topiramate's effects for individuals with alcohol use disorders. *Alcohol Clin Exp Res*. 2014 Jun;38(6):1481-8. doi: 10.1111/acer.12411.

AFFILIATIONS

1. Service d'Hépto-Gastroentérologie, Cliniques universitaires Saint-Luc, UCLouvain, Bruxelles, Belgique.
2. Laboratoire d'Hépto-Gastroentérologie, Université catholique de Louvain, Bruxelles, Belgique.

CORRESPONDANCE

Pr Peter Stärkel, MD, PhD
Service d'Hépto-Gastroentérologie,
Cliniques universitaires Saint-Luc, UCLouvain
Avenue Hippocrate, 10
B-1200 Bruxelles
02/764.28.22
peter.starkel@saintluc.uclouvain.be