

Trouble de l'usage d'alcool et comportement : du modèle à la pratique clinique

Analyse d'une situation clinique sous l'angle de modèles comportementaux

Travail de Fin d'Etudes

Certificat InterUniversitaire en Alcoologie 2022-2023

Dr Richard DUPORT, médecin généraliste à Namur, Belgique

Résumé

L'accompagnement d'un patient présentant un trouble d'usage d'alcool par les professionnels de la santé est souvent complexe voire épuisant. Il existe des modèles comportementaux dont le but est de relier théorie et pratique dans le domaine des comportements de santé. En ciblant les données les plus déterminantes d'un comportement spécifique, ils orientent les interventions des acteurs de terrain.

Dans ce travail, nous relisons une situation clinique sous le prisme de deux de ces modèles comportementaux. Nous nous interrogeons notamment sur l'intérêt et les limites de leur usage en médecine générale. A partir des données du dossier médical, nous appliquons *a posteriori* deux modèles, le modèle comportemental intégré et le modèle transthéorique du changement, à l'accompagnement en médecine générale d'un patient présentant un trouble de l'usage d'alcool pendant une période de 3 ans.

Un premier constat est la pauvreté des données encodées dans le dossier médical tant que le patient est aux stades précoces du modèle transthéorique du changement, avec pour conséquence une difficulté à identifier les déterminants selon le modèle comportemental intégré. A l'inverse, dès que le patient est en phase de préparation ou d'action, les données sont riches et les interventions bien ciblées. En outre, les deux modèles se complètent. Le modèle transthéorique du changement permet d'adapter le type d'intervention au stade de changement du patient. Le modèle comportemental intégré décrit les déterminants de l'intention et permet d'identifier les leviers motivationnels les plus pertinents.

Les résultats de ce travail nous pousse à encourager l'emploi complémentaire de ces deux modèles dans l'accompagnement quotidien de personnes souffrant de troubles de l'usage d'alcool. Le gain d'efficacité et la compréhension de ce qui détermine un comportement et son changement pourraient faciliter le travail des prestataires, améliorer l'alliance thérapeutique et favoriser de meilleurs résultats. Un travail de dépistage et d'encodage plus rigoureux avec des patients aux stades précoces pourrait permettre de répondre à la problématique de *treatment gap*.

Mots-clés

Trouble de l'usage d'alcool, comportement de santé, modèle comportemental intégré, modèle transthéorique du changement, vignette clinique, étude de cas.

Table des matières

Résumé.....	2
Introduction.....	4
Méthodologie.....	5
Résultats.....	9
Discussion.....	11
Conclusion.....	16
Bibliographie.....	18

Introduction

Le trouble de l'usage d'alcool (TUA) est repris dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^{ème} édition (DSM-5)¹. Il repose sur 11 critères dont au moins 2 sont présents depuis minimum 12 mois (cf. tableau 1).

Sa prévalence en Belgique est mesurée indirectement par le biais du questionnaire CAGE et est estimée en 2018 à 7% dans les 12 derniers mois. D'après le Global Burden of Disease 2019, l'alcool est le 5^{ème} facteur de risque en termes de mortalité en Belgique (mesurée en DALY) et le 4^{ème} en termes de morbidité (mesurée en YLDs)². Il s'agit donc d'un problème de santé publique de premier plan.

Tableau 1: critères du trouble de l'usage d'alcool selon le DSM-5

1. La substance est prise en quantité plus importante ou durant une période plus prolongée que prévu.
2. Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation de cette substance.
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, utiliser la substance ou récupérer de ses effets.
4. Il existe une envie intense, un besoin impérieux et irréprouvable de consommer la substance (craving).
5. L'utilisation répétée de la substance conduit à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.
6. Il existe une utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance.
7. Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.
8. Il existe une utilisation répétée de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
9. L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance.
10. Il existe une tolérance, définie par l'un des symptômes suivants : <ul style="list-style-type: none">• besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré,• effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance.
11. Il existe un sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes : <ul style="list-style-type: none">• syndrome de sevrage caractérisé à la substance,• la substance (ou une substance proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

D'après la Société Scientifique de Médecine Générale, sur base d'une étude PROBEX de recherche-action datant de 2003, 20 à 25% des patients fréquentant un cabinet de médecine générale sont touchés par le problème de l'alcool. Or, les médecins généralistes agissent de manière variable avec un patient présentant un trouble de l'usage de substances en général, y compris d'alcool.³ Si les connaissances et l'entraînement du prestataire sont importants, le regard subjectif du médecin sur le comportement du patient et des facteurs motivationnels propres à chaque professionnel jouent un rôle encore plus important.

Or, si le TUA une affection neurobiologique dont les caractéristiques sont de mieux en mieux comprises⁴, on peut aussi dire de la consommation d'alcool qu'il s'agit d'un comportement de

santé. Du premier point de vue, l'approche se fait sous l'angle d'une maladie chronique qui s'impose au patient. Du second, le patient est auteur de son comportement et une responsabilité morale peut lui être imputée. Cette double lecture peut expliquer les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dont la formation est essentiellement médicale et non comportementaliste. Leurs lacunes dans ce deuxième domaine pourraient être compensées par leurs propres représentations. Elles pourront aussi générer de la frustration face à une maladie dont l'évolution est souvent chronique et dont les moyens médicamenteux usuels (médicaments surtout) sont souvent insuffisant pour inverser une évolution défavorable.

Nous faisons l'hypothèse dans ce travail qu'une meilleure connaissance des déterminants des comportements de santé et, surtout, des outils utilisables en pratique clinique quotidienne pourraient permettre aux médecins généralistes d'aborder le trouble de l'usage d'alcool avec plus d'efficacité, de sérénité et dans une plus grande collaboration avec le patient.

De nombreux modèles théoriques existent pour comprendre les comportements de santé. Ils ont l'intérêt d'aider à décortiquer les facteurs pouvant expliquer un comportement de santé. Parmi ces modèles, le modèle comportemental intégré (IBM) et le modèle transthéorique du changement (TTM) nous paraissent intéressants pour des médecins généralistes. En effet, il s'agit de modèles pouvant s'appliquer à un individu, à l'inverse de modèles écologiques ou interindividuels. Ceci est pertinent au contexte de médecine générale. En outre, ils sont complémentaires car l'IBM est un modèle comportemental pur qui donne une photo des déterminants d'un comportement donné à un instant t , là où le TTM est un modèle des changements de comportements, donc dynamique.⁵

En revisitant une situation clinique rencontrée en médecine générale sous l'angle de lecture de ces deux modèles, nous posons ici la question de l'intérêt et des limites de l'utilisation de ces outils en pratique de médecine générale avec des patients présentant un TUA. Il s'agit d'un travail illustratif qui ne vise donc pas à démontrer des généralités. A l'inverse, il vise à confronter des observations issues d'une situation singulière aux connaissances générales actuelles, tout en cherchant à ouvrir d'éventuelles nouvelles portes pour la réflexion clinique.

Méthodologie

Nous partons d'une situation clinique rencontrée en médecine générale au sein d'une maison médicale forfaitaire située en périphérie urbaine de Namur, Belgique. A partir du dossier médical et *a posteriori*, nous appliquons nos deux modèles en extrayant les variables correspondant à leurs différents concepts. Nous discutons ensuite ces résultats en nous demandant si l'utilisation de ces modèles en médecine générale présenterait des intérêts et quelles en seraient les limites.

Modèle comportemental Intégré

Le modèle comportemental intégré (ou *integrated behavioral model*, IBM en abrégé) de Montaña et Kasprzyk propose divers déterminants motivationnels intra-individuels et externes pour prédire au mieux un comportement donné. Il repose sur le postulat que

l'intention en est le meilleur facteur prédictif et propose de décortiquer celle-ci en 3 parties : l'attitude, la perception normative et le pouvoir individuel perçu. 4 facteurs externes viennent compléter le tableau.⁵ (figure 1)

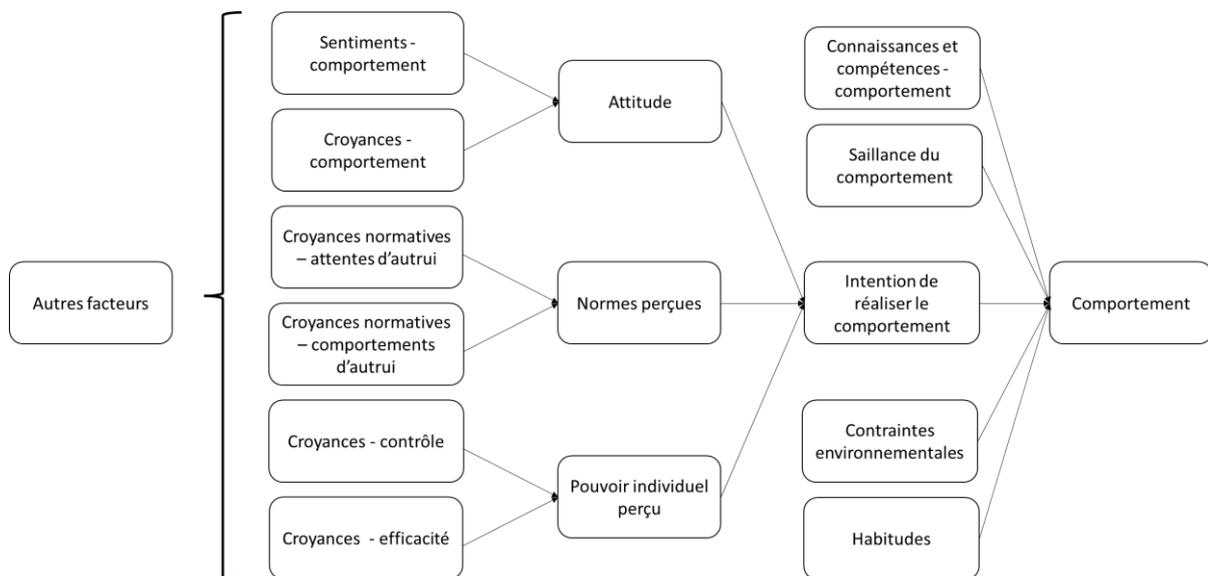


Figure 1: Modèle comportemental intégré

L'attitude est la réponse à la question : « comment est-ce que je me positionne par rapport à ce comportement ? ». On peut évaluer ce déterminant en demandant quels sont les sentiments du sujet à propos du comportement (ex : plaisant/déplaisant) ou les croyances du sujet sur ce comportement (ex : « je pense qu'arrêter de fumer améliorera la qualité de ma peau » ou « je vais avoir des difficultés pour m'enformer »).

La perception normative est le ressenti du sujet par rapport au regard d'autrui. On distingue la perception de la norme injonctive (« Je pense que mes amis attendent de moi que je consomme des boissons alcoolisées en soirée ») de la perception de la norme descriptive (« la plupart de mes amis se font vacciner contre la grippe »).

Enfin, l'auto-évaluation décrit la perception de contrôle personnel (« faire du jogging une fois par semaine serait facile/difficile » ; « les freins seraient... ») et le sentiment d'auto-efficacité, un déterminant majeur des comportements de santé bien décrit par Bandura, évalué par des échelles « Je suis certain que je ne pourrais pas... / Je suis certain que je pourrais ».

Le modèle propose des déterminants extérieurs à l'intention qui sont les compétences et connaissances nécessaires pour réaliser le comportement, les contraintes environnementales, la saillance du comportement et l'habitude : pour qu'une femme décide de se faire dépister du cancer du sein, encore faut-il qu'elle ait les connaissances de la possibilité de ce dépistage et des moyens d'y accéder et qu'il s'agisse d'un sujet stimulé dans le discours sociétal. Il faut aussi qu'il soit physiquement faisable d'y accéder (un trajet de 2h pourrait être un frein). Enfin, un comportement devenu une habitude ne repose plus tellement sur l'intention (ex : attacher la ceinture de sécurité en voiture).

Pour compléter, les auteurs de ce modèle signalent l'existence de facteurs en amont comme les traits de personnalité ou les variables démographiques qui ont indéniablement un impact sur un comportement défini, mais de façon plus distale et à-travers l'intention.

En pratique, ce modèle est destiné à analyser une population donnée avant et après une intervention visant à induire un comportement de santé.

Modèle transthéorique du changement

Le modèle transthéorique du changement de Proshaska et Di Clemente se distingue en ce qu'il permet d'analyser un changement de comportement et non un comportement en tant que tel. Il suppose que le changement n'est pas instantané, qu'il s'agit d'un processus et il propose plusieurs stades de ce processus.⁵ (figure 2)

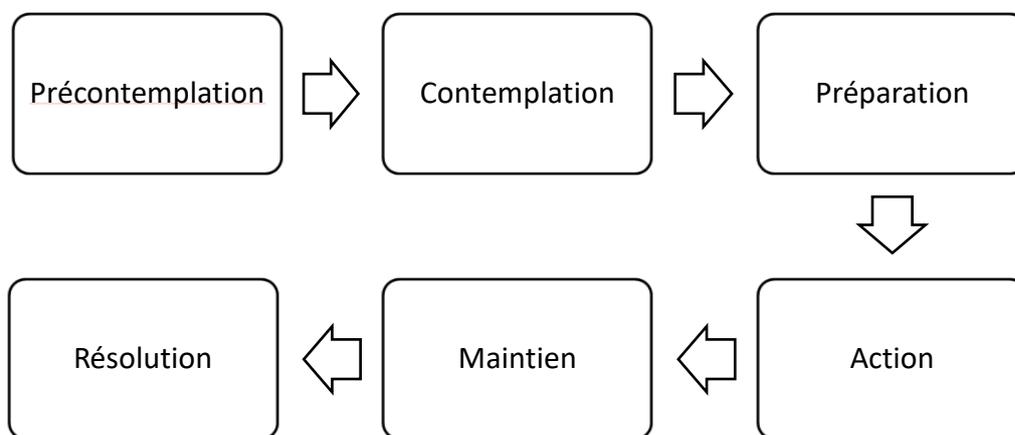


Figure 2: Modèle transthéorique du changement

Les 6 stades du changement reflètent la distance temporelle à laquelle se projette le sujet dans son intention d'agir. Ainsi, au stade de la précontemplation, le comportement n'est pas envisagé dans l'immédiat ; en contemplation, le changement pourrait survenir dans les 6 mois ; au stade de la préparation, les sujets imaginent implémenter un changement endéans le mois ; au stade l'action, le changement a eu lieu récemment et au stade du maintien le comportement est présent depuis au moins 6 mois. Au stade de résolution (*termination* en anglais), la tentation de retour en arrière est à zéro et le sentiment d'auto-efficacité à 100%. Il y a des doutes sur l'existence réelle d'un tel stade, il pourrait plutôt s'agir d'un idéal à viser.

Ce modèle postule que des processus de changement différents agissent selon le stade auquel se trouve le sujet. Ainsi, aux stades précoces (précontemplation et contemplation), les interventions qui favorisent le passage vers le stade suivants sont plutôt la conscientisation, l'apaisement affectif et la réévaluation régulière du contexte du sujet. Dans les stades se rapprochant de l'action, la gestion du stimulus, le travail sur les relations sociales, le contre-conditionnement et la gestion du renforcement sont plus adéquats.

Le modèle postule aussi que la progression d'un stade à l'autre est le résultat d'une évolution de la balance « je suis pour ou contre le comportement » en faveur du pour. Quantitativement, les auteurs ont même répétitivement pu démontrer que les « pour » devaient augmenter deux fois plus que la diminution des « contre » pour qu'un changement s'opère.

Ce modèle et ses postulats ont été évalués pour de nombreux comportements, dont la consommation d'alcool.

Résumé de la situation clinique

Monsieur X est un homme né en 1963. La période de suivi dans notre consultation de médecine générale est de juillet 2020 à septembre 2023, soit un peu plus de 3 ans.

Monsieur présente une trouble de l'usage d'alcool et de tabac. Pour ces deux produits, sa consommation remonte à l'adolescence. Il a déjà cessé de consommer des boissons alcoolisées pendant 3 ans par le passé, avec l'aide d'un psychiatre qui ne professe plus. Il a également convulsé à deux reprises lors d'un sevrage total non médicalisé. Pendant notre période de suivi, après de nombreuses rencontres préparatoires en médecine générale ponctuée d'interventions motivationnelles, Monsieur a arrêté de consommer des boissons alcoolisées en février 2023 avec une reprise temporaire de la consommation pendant 4 semaines en juillet 2023.

Monsieur travaillait comme ouvrier polyvalent jusqu'en mars 2022 où un diagnostic de cancer laryngé a été découvert chez lui. Il a été traité pour cela par deux mois de radiothérapie et le suivi oncologique régulier ne montre actuellement aucune récurrence. Il est sous certificat d'incapacité médicale de travail depuis le diagnostic de ce cancer.

Il décrit également un trouble du sommeil pour lequel il prend depuis des années de la quétiapine 200mg, à raison de 2 comprimés le soir. Ce traitement a été arrêté début 2023 en raison d'une surmédication avec apparition d'effets secondaires. Un relais par trazodone à raison de 200mg le soir a été instauré.

On relève une hypertension artérielle et une tachycardie pour lesquelles une médication avait été prescrite, mais avec une prise plus qu'irrégulière. Celles-ci se résolvent spontanément lors des périodes d'arrêt de consommation de boissons alcoolisées.

Notons enfin une hypertrophie bénigne de la prostate évoquée par la présence de signes de prostatisme (urgentes, dysurie). De la tamsulosine 0,4mg a été prise pendant plusieurs mois stoppée par le patient en raison de la disparition des plaintes, qui ne sont pas réapparues depuis.

Sur le plan familial, Monsieur est marié avec une femme et a 2 enfants adultes : un fils célibataire qui vit encore avec ses parents et une fille qui vit avec son mari et qui a eu un premier enfant début 2022. Son fils présente également un trouble de l'usage d'alcool. L'épouse du patient consulte régulièrement en médecine générale en raison de douleurs liées à sa fibromyalgie, exacerbées par une situation familiale difficile pendant les périodes de consommation de son mari (surtout) mais aussi de son fils. Elle a régulièrement envisagé de

quitter son mari et a souvent interpellé le médecin généraliste de la famille pour l'informer des difficultés qui ont lieu à la maison.

Résultats

Application du modèle comportemental intégré

Dans le tableau suivant, nous associons à chaque déterminant du modèle comportemental intégré (IBM) les variables correspondant à la présente situation clinique. Dans les cas où ces variables évoluent dans le temps, elles sont présentées dans l'ordre chronologique. (tableau 2)

Tableau 2: variables associées au déterminant du modèle IBM

DÉTERMINANT	VARIABLE
Sentiments par rapport au comportement	<p>Novembre 2022 : Monsieur exprime de la réticence à parler de l'alcool, avec une certaine ambivalence puisqu'il demande dans la foulée des informations sur les aides médicamenteuses.</p> <p>Janvier 2023 : en parlant de l'alcool : « il faudrait arrêter ».</p> <p>Pendant toutes les plages d'abstinence, Monsieur estime se sentir beaucoup mieux sans consommer d'alcool, sans élaborer plus amplement.</p>
Croyances par rapport au comportement	<p>Janvier 2023 : Monsieur croit que l'alcool contribue à ses troubles de l'équilibre et de la marche.</p> <p>A partir de février 2023, pendant le sevrage, Monsieur croira que son sommeil se détériorera sans l'alcool et comptera sur une médication pour compenser ce risque.</p> <p>En septembre 2023, il constatera que l'éviction de la caféine dans les sodas l'aide à mieux dormir.</p>
Croyances normatives : attentes d'autrui	Monsieur évoque régulièrement le regard désapprobateur de son épouse sur sa consommation d'alcool.
Croyances normatives : comportements d'autrui	Monsieur évoque à plusieurs reprises la consommation de boissons alcoolisées de son fils qu'il trouve excessive et dont il estime qu'elle engendre des problèmes physiques (intoxication aiguë) et sociale (perte de travail, perturbations des relations familiales) chez le fils.
Croyances en termes de contrôle	Monsieur évoquera régulièrement qu'il a déjà réussi à arrêter de boire des boissons alcoolisées pendant trois ans et donc qu'il peut bien encore réussir à arrêter.
Croyances en termes d'efficacité	<p>En mars puis en mai 2023 : en prévision de séjours à la mer avec exposition au risque de consommer en terrasse, se dit « bien motivé à résister ».</p> <p>A plusieurs reprises à partir de mai 2023, évoque la consommation de son fils comme risque de perdre le contrôle, mais dit qu'il « résiste mais c'est pas facile ».</p> <p>Septembre 2023 : « Ca fait de nouveau 48h que j'ai pu arrêter de boire ».</p>

Connaissances et compétences par rapport au comportement	<p>Le patient identifie puis utilise le médecin généraliste comme une ressource pour l'aider à arrêter de consommer des boissons alcoolisées.</p> <p>Il sait qu'un arrêt non médicalisé risque chez lui de provoquer des convulsions.</p> <p>Après une courte période de reconsommation, il identifiera que reboire ne serait-ce qu'un verre le met à risque d'une reprise importante de la consommation.</p>
Saillance du comportement	<p>A divers moments du suivi, avant toute abstinence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'épouse confronte régulièrement Monsieur aux conséquences physiques et sociales de sa consommation. - le médecin fait le lien entre des symptômes physiques et - l'oncologue fait le rapprochement entre le cancer laryngé et la consommation conjointe de tabac et d'alcool. <p>Lors des périodes d'abstinence, l'alcool n'est pas systématiquement évoquée en consultation généraliste. Cependant, une recherche de l'exposition au stimulus est occasionnellement menée par le médecin avec le patient pour anticiper des déclencheurs d'une reprise de la consommation.</p>
Contraintes environnementales	<p>Omniprésence des boissons alcoolisées dans les cafés et les restaurants.</p> <p>La consommation excessive et manifeste de son fils au domicile.</p>
Habitudes	<p>Le patient était habitué de prendre un verre en terrasse de café ou de restaurant.</p>

Pour synthétiser ces résultats, il ressort que le patient fait des liens entre sa consommation de boissons alcoolisées et des symptômes ressentis : troubles de l'équilibre et de la marche, sommeil... La présence d'un fils consommateur au domicile et la pression importante amenée par son épouse contribuent fort à ses croyances normatives relatives à sa consommation. Son sentiment de contrôle et d'auto-efficacité, initialement mitigé, se développe en quelques mois. Les facteurs externes les plus déterminants semblent être l'intégration progressive de compétences et connaissances relatives à son trouble de l'usage d'alcool mais aussi la saillance de son comportement dans son quotidien, essentiellement via son épouse mais aussi par des interventions brèves du personnel de santé.

Application du modèle transthéorique du changement

Dans cette partie, nous extrayons du dossier médical, par ordre chronologique, les éléments permettant de situer le patient parmi les stades du modèle transthéorique du changement.

En novembre 2022 : Monsieur exprime de la réticence à parler de l'alcool, avec une certaine ambivalence puisqu'il demande dans la foulée des informations sur les aides médicamenteuses.

En janvier 2023, le médecin explique au patient avoir reçu un appel téléphonique de son épouse, signalant que Monsieur se laissait aller, qu'il ne se lavait plus, que la consommation « explosait » avec de nombreuses conséquences. Suite à cette amorce, Monsieur explique

qu'il a des pertes d'équilibre, qu'il se cogne contre des portes. Il fait un lien avec l'alcool. « Ca, il faudrait arrêter, mais il va falloir de l'aide ». Une intervention brève est menée pour explorer ce qui pourrait l'aider. Le médecin explique aussi pouvoir l'accompagner, qu'il se tient à sa disposition lorsqu'il sent que cela sera le moment.

En février 2023, à la question générale « Et sinon, ça va ? », Monsieur répond de but en blanc : « Il faut que j'arrête de boire ». Lors de cette consultation, les modalités d'aide au sevrage d'alcool lui sont expliquées. Lorsqu'il lui est demandé quand il souhaiterait tenter le sevrage, il répond le lendemain.

Ce comportement sera maintenu jusqu'en août 2023, où une reprise de la consommation pendant environ un mois l'amènera à reconsulter. Lors de cet entretien, il est abstinente depuis 48h environ et présente quelques signes de sevrage. Une médication par diazepam est réintaurée. L'arrêt de cette médication sera beaucoup plus aisée et rapide que lors du précédent épisode.

On peut synthétiser ces résultats dans le schéma suivant, le modèle se prêtant volontiers à une lecture temporelle d'une situation clinique. (figure 3)

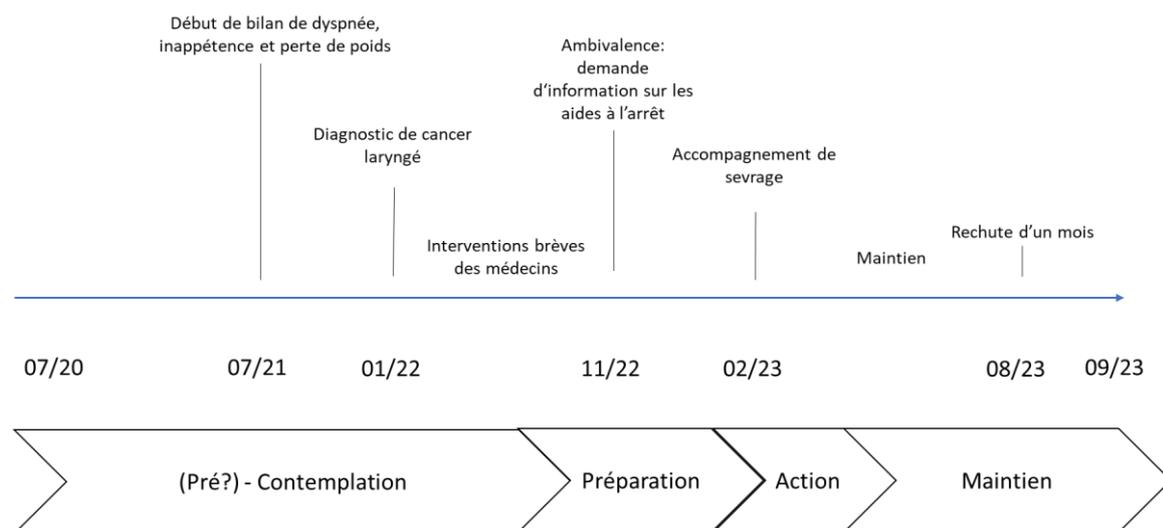


Figure 3: application du modèle transthéorique du changement à la situation clinique

Discussion

Après avoir recueilli et structuré les données du dossier médical sous le spectre des deux modèles choisis, nous extrayons à présent des enseignements avec pour but d'enrichir la réflexion clinique.

1) Qualité des données

De manière tout à fait objective, on peut constater que le contenu du dossier médical est devenu beaucoup plus riche avec le temps en ce qui concerne le comportement étudié (consommation de boissons alcoolisées). Au début de la période de suivi, la consommation n'est tout simplement pas évoquée dans le dossier. Au vu de l'histoire médicale du patient, il est pourtant très probable qu'un trouble de l'usage d'alcool avec usage nocif et dépendance était déjà présent. Quelle en est la raison ?

On peut imaginer que le manque de saillance de la problématique, tant chez le soignant que chez le patient, engendre l'absence d'évocation. Une autre cause possible pourrait être un défaut d'encodage. Ceci est moins probable car on constate que même des interventions brèves sont rapportées par la suite. En outre, à partir de novembre 2022, on constate que le trouble d'usage d'alcool est quasiment toujours évoqué lors de chaque rencontre. L'hypothèse la plus probable est donc le manque initial de saillance.

Ceci renvoie aux caractéristiques épidémiologiques du trouble de l'usage d'alcool. En effet, une étude européenne de 2016 incluant la Belgique révélait que seuls 8% des personnes présentant une consommation problématique d'alcool avait recouru aux soins pour ce problème dans les 12 derniers mois. On appelle ce phénomène le « *treatment gap* » et c'est un problème auquel s'est attaqué le KCE (centre fédéral belge d'expertise en soins de santé).^{6,7}

En outre, l'absence de données impacte l'application de nos modèles. En effet, il devient alors difficile voire impossible d'identifier des déterminants comportementaux (IBM) ou de situer le patient dans le TTM. Jusque janvier 2022 et même dans une certaine mesure jusque novembre 2022, le prestataire travaille en quelque sorte à l'aveugle.

Cela nous amène à insister sur l'importance capitale de dépister la consommation d'alcool régulièrement chez tout patient en médecine générale, d'autant plus en présence de problématiques évocatrices comme une hypertension réfractaire, un carcinome laryngé ou encore des troubles psychiques ou de sommeil supposés en présence de traitements par neuroleptiques. Il s'agit d'un des axes majeurs de prise en charge de la problématique liée à l'alcool au niveau sociétal, recommandés par la Haute Autorité de Santé en France ou la Société Scientifique de Médecine Générale en Belgique.

2) Adaptation des interventions en fonction de la photo recueillie

En fonction des données recueillies, chaque modèle recommande de cibler les interventions.

Au stade de précontemplation et de contemplation, il est recommandé d'éviter d'aborder les modalités de mise en œuvre du changement et de se focaliser sur la conscientisation, l'évocation de l'ambivalence éventuelle et la déconstruction éventuelle des croyances dramatiques pouvant freiner le changement de comportement (par exemple : « si je ne bois plus d'alcool, je n'aurai plus de vie sociale »). A ces stades précoces, la balance bénéfique/risques du comportement nocif est perçue comme favorable au patient et le changement n'est pas prévu dans un avenir proche. Le sujet sera donc moins souvent abordé spontanément en consultation en l'absence d'une intervention proactive du prestataire de soins.

Le dépistage précoce et l'intervention brève sont une manière de résoudre ce problème et de répondre au phénomène de *treatment gap*. Interroger de manière neutre, par des questionnaires courts de type CAGE ou AUDIT, peut permettre au patient de se situer. Lors d'une consultation pour un autre motif, comme de l'hypertension, du reflux gastro-oesophagien, un trouble du sommeil ou un trouble de l'humeur, le prestataire peut aussi demander au patient s'il identifie des causes possibles du problème qui l'amène. Il est aussi

pertinent de lui demander s'il souhaite un complément d'information de la part du prestataire sur ces causes possibles. Ceci permet de faire évoluer la balance motivationnelle dans une démarche collaborative, de faciliter le dialogue sur le comportement avec le patient, et donc de récolter des données sur ces croyances et son stade de changement.

Dans le cas de notre situation clinique, le dossier médical n'évoque que de rares phrases de dépistage (« consommation toujours active ») ou d'interventions brèves (« j'ai insisté auprès du patient sur l'importance de réduire sa consommation d'alcool ») des différents prestataires. Ces interventions semblent adaptées aux phases de changement du patient. Cependant, elles ne permettent pas d'identifier les déterminants de l'intention du patient vis-à-vis de son comportement ; elles ne répondent pas aux questions « Qu'est ce qui fait que le patient boit ? » et « Qu'est-ce qui pourrait lui faire diminuer sa consommation ? ». On a donc une idée assez claire de la situation selon le TTM mais pas selon l'IBM.

Lorsque le patient est aux stades de préparation ou d'action, l'heure n'est plus à la sensibilisation mais à l'aide pratique, tout en gardant en tête qu'il peut rester quelques ambivalences résiduelles. Le renforcement des discours du « possible » (par exemple : « je vais devoir arrêter » ; réponse possible : « Vous exprimez clairement votre intention d'arrêter. Dès que vous sentez que c'est le moment, je vous accompagne bien volontiers dans votre projet ») permet de confirmer la faisabilité du changement de comportement. Il s'agit aussi de valoriser les ressources sociales et environnementales du patient pour favoriser le contexte dans lequel il implémente son changement. Par ailleurs, un travail d'anticipation ou de réévaluation ciblé sur les difficultés rencontrées permet de développer une expertise et, *in fine*, une autonomie de plus en plus poussée du patient.

Dans ces phases plus tardives, lors des consultations, le comportement est saillant. La discussion est plus aisée et les données sont plus riches. Dans le cas de notre patient, le passage au stade de la préparation se manifeste par une prise de renseignements, puis l'évocation de problèmes rencontrés en lien avec la consommation d'alcool (troubles de la marche, pertes d'équilibre, relations conjugales). C'est aussi l'occasion d'évoquer les freins, comme la peur des insomnies et les crises convulsions. Enfin, des phrases courtes révèlent le sentiment d'auto-détermination du patient (« je suis bien motivé »), dont on sait qu'il s'agit d'un élément déterminant des comportements de santé.

La plus grande richesse des données dans le dossier du patient montre qu'une place importante est accordée aux croyances du patient et qu'elles sont prises en compte dans l'accompagnement. On constate que l'accompagnement démarre lorsque le patient se dit prêt (« dès demain »). Les problèmes de sommeil qui inquiètent le patient sont régulièrement dépistés et discutés. Les relations avec son épouse et la consommation de son fils sont aussi réabordés. Ceci permet d'évaluer l'impact perçu du changement de comportement, mais aussi de rechercher des stimulus pouvant mettre le patient en situation de risque. Plusieurs axes de l'IBM sont ainsi explorés régulièrement dans le but de favoriser l'évolution vers le maintien de l'arrêt de la consommation.

3) Deux outils complémentaires utiles en pratique de médecine générale

L'exercice rétrospectif que nous venons de mener nous amène à suggérer que ces deux modèles pourraient soutenir la pratique clinique des médecins généralistes dans le trouble de l'usage d'alcool.

Comme nous l'avons vu, en pratique clinique, la première des recommandations quant à l'usage problématique d'alcool est le dépistage précoce suivi d'une intervention brève. Mais que faire ensuite lorsqu'un trouble d'usage d'alcool est identifié ? Nous avons vu que les interventions des médecins généralistes pouvaient être guidées par leurs propres représentations sur la consommation (l'alcool est plus acceptable que la cocaïne) ou sur un patient (jugement moral) devant leurs connaissances et compétences.³

L'emploi des deux modèles proposés ici comme outils à employer devant un trouble d'usage d'alcool pourrait servir d'intermédiaire entre les prestataires et leur propre mental d'une part, et les patients d'autre part. Ils pourraient aider à recentrer l'accompagnement sur le patient.

Le TTM a la grande qualité d'expliquer et de stadifier la temporalité du changement. Pour le profane et jusqu'aux années 1970, on estimait que l'apport d'informations et de ressources devait suffire à enclencher un changement. Pourtant, l'expérience montre que c'est souvent faux et cela peut devenir frustrant pour un proche ou un prestataire de soins qui estimerait avoir fait tout son possible. On arrive alors à la triste phrase rencontrée dans les rapports médicaux : « il ne veut pas changer ». Cette phrase est soit fausse, soit incomplète et de toute façon ne permet pas d'accompagner correctement les patients.

En pratique clinique, l'application du TTM consiste à déterminer le stade de changement où se situe le patient. Cela peut passer par des questions directes comme « à quelle échelle imaginez-vous réduire votre consommation d'alcool ? 1 semaine, 1 mois, 6 mois, jamais ? ». Cette question peut être très confrontante et des indices indirects dans le langage, que l'on apprend à détecter dans l'entretien motivationnel, peuvent aider à situer le patient : « je ne souhaite pas changer » ou au contraire « je voudrais changer », voire « je suis déterminé à changer ». Pour faciliter l'apparition de telles phrases, l'emploi de questions ouvertes comme « Quel regard portez-vous sur votre consommation de boissons alcoolisées ? ». Evidemment, l'emploi du TTM implique que le prestataire comprenne et accepte que le patient peut légitimement être au stade de précontemplation, même contre toute attente.

Dans notre vignette clinique, il n'apparaît nulle part que le cancer laryngé, pourtant favorisé par l'association de tabac et d'alcool, ait engendré une progression spectaculaire d'un stade à l'autre. Ainsi, selon les personnes, l'annonce d'une maladie grave liée à un diagnostic peut ou non amener une évolution importante de la balance motivationnelle. Là où le médecin est formé, voire formaté à lutter contre ces maladies, une frustration peut apparaître lorsque les priorités d'un patient lui sont incompréhensibles.

C'est ici qu'intervient notre deuxième modèle qui, selon nous, est complémentaire au premier. Nous pensons que le modèle comportemental intégré (IBM) permet de structurer la recherche d'informations, pour *in fine* comprendre le comportement du patient. En sus, une fois ces déterminants identifiés, cela ouvre la voie à des interventions ciblées. Par exemple, à la phrase

« je bois tous les soirs après le travail mes 4 bières, comme tout le monde », le médecin peut proposer un retour en expliquant qu'il lui semble que cette consommation est nocive et qu'elle est minoritaire au sein de la population belge. Mais le médecin aurait tout intérêt à encoder cette phrase dans son dossier car elle donne une indication précieuse sur les croyances normatives descriptives du patient : dans son environnement, il lui semble que les personnes de référence boivent 4 bières après le travail.

A-travers la répétition d'entretiens, en troquant son stéthoscope pour une sincère curiosité, le médecin peut progressivement assembler les pièces d'un puzzle qui illustre les déterminants de l'intention de son patient.

En intégrant les deux modèles, on comprend que lors des phases précoces du changement (TTM, le médecin pourra sensibiliser sur le comportement en marquant un peu plus l'accent sur des déterminants plus marqués du comportement (IBM) (par exemple : « j'entends que vous êtes très embêté par votre reflux ; on sait que la consommation de boissons alcoolisées favorise le reflux ; je pense que diminuer votre consommation pourrait vous être bénéfique ; nous pouvons en parler si vous le souhaitez, maintenant ou plus tard ». Au phases tardives, il mettra l'accent sur les derniers freins perçus et renforcera les croyances qui lui semblent pouvoir bénéficier au patient (par exemple : « vous vous sentez irritable ; voulez-vous que l'on prenne le temps d'en parler ? » ou encore « je suis content d'entendre que votre sommeil s'améliore depuis l'arrêt de votre consommation, c'était un problème important pour vous et vous »).

En résumé, face à un patient présentant un TUA, l'usage complémentaire du TTM et de l'IBM pourrait permettre :

- D'accorder sa temporalité avec celle du patient
- D'identifier les déterminants de l'intention du patient
- D'adapter les interventions au stade et aux déterminants de l'intention du patient
- De limiter les frustrations liées au manque de données sur les causes du comportement

4) Limites de l'usage de ces modèles en médecine générale

La première limite de ce travail est le profil du médecin généraliste qui a effectué le suivi du patient présenté ici. Il s'agit d'un médecin travaillant à 1/5 temps depuis 3 ans dans un service ambulatoire pour personnes présentant des troubles de l'usage de substances. L'expertise de ce professionnel est donc supposément plus développée que la moyenne des médecins généralistes en ce qui concerne le TUA. Il s'agit en outre d'un médecin travaillant comme salarié dans une maison médicale forfaitaire, en région périurbaine. Il convient de se demander si l'emploi complémentaire de ces deux modèles est réaliste avec d'autres profils de médecins généralistes.

Une seconde limite du présent travail est l'application *a posteriori* et à un seul patient. En particulier, les données encodées dans le dossier médical ne l'ont pas été dans le but de leur extraction ultérieure pour l'application des deux modèles présentés. La présente réflexion a le mérite d'ouvrir des portes mais certainement pas de généraliser des résultats.

Concernant l'application des modèles en eux-mêmes à la médecine générale, une limite importante à anticiper est le manque de temps en consultation. Ainsi, avec un patient chez qui un diagnostic de cancer laryngé a été posé et à qui le médecin généraliste peut consacrer 20 minutes, beaucoup de sujets sont à aborder : les démarches administratives liées au travail et à la protection sociale ; les explications sur le diagnostic, le bilan et les traitements possibles ; l'accueil des réactions émotionnelles du patient et sa conjointe ; la consommation de tabac et d'alcool ; les autres problèmes de santé comme l'hypertension réfractaire et les troubles du sommeil ; ... Le TUA se noie parfois dans des situations de vie complexes et le patient et le médecin doivent décider d'allouer leurs ressources à des priorités. Rappelons à ce sujet que les recommandations sont en faveur d'une prise en charge pluridisciplinaire face à des patients présentant un TUA et dont la situation est complexe.

Toujours en lien avec les modèles, une autre limite est d'ordre psychologique avec des données qui peuvent être perturbantes, au point de mener à des discordances entre le modèle et la clinique.

Pour le TTM, prenons l'exemple d'un patient qui exprime une motivation franche par la phrase « je veux m'en sortir, cette fois c'est décidé j'arrête définitivement de consommer », mais dont les rechutes tous les 2 à 4 jours s'enchaînent depuis un an. Ce sont des situations cliniques réelles où le patient peut sembler en phase d'action mais où l'on peut se demander si son langage n'est pas en avance sur la réalité de sa préparation au changement. Le piège serait alors de le suivre répétitivement dans son projet d'arrêt sans élaborer avec lui sur les déterminants de sa reconsommation.

Ceci nous amènerait à prendre plus de temps à recueillir des données sur les déterminants de son intention (IBM). Ce même patient nous assure alors que sa reconsommation est liée aux disputes familiales, à des pertes de contrôle émotionnelles. D'un côté, sa famille serait pour lui un frein majeur. Paradoxalement, il exprime un sentiment d'auto-efficacité démesuré.

Pour diverses raisons les modèles peuvent soit perturber, soit déboucher sur une impasse apparente. C'est une fois de plus l'occasion de suggérer une prise en charge pluridisciplinaire. L'utilisation des modèles pourrait précisément permettre de refléter au patient ce qui fait obstacle à son projet de changement et déterminer avec lui quels outils ou ressources pourraient l'aider à contourner les difficultés rencontrées.

Enfin, une dernière limite est que ces modèles demandent un apprentissage et de la pratique. Il nous semble toutefois que le temps nécessaire à l'acquisition de cet outil (environ 2 heures) est suffisamment court pour qu'il soit largement disséminé. L'apprentissage pratique, cependant, pourrait passer des applications cliniques en intervision, à l'image de l'exercice que nous avons réalisé à-travers ce travail de fin d'études.

Conclusion

Parcourir *a posteriori* une situation clinique à la lumière de deux modèles comportementaux a permis d'envisager leur utilisation en pratique clinique quotidienne. Au prix d'un apprentissage accessible et peu chronophage, les médecins généralistes pourraient compléter leur arsenal thérapeutique pour mieux accompagner les personnes souffrant d'un TUA,

pourvu que le dépistage précoce continue d'être intensifié par les prestataires de soins. Ce double outil pourrait bénéficier non seulement aux patients mais aussi aux médecins eux-mêmes en servant d'intermédiaire entre le vécu du praticien et celui du patient, pour se recentrer sur ce dernier. De plus amples recherches permettraient d'évaluer en pratique réelle si l'utilisation du modèle transthéorique du changement couplé au modèle comportemental intégré présente un intérêt et s'il est réalisable dans différents contextes de pratique.

Bibliographie

1. American Psychiatric Association, ed. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR™*. Fifth edition, text revision. American Psychiatric Association Publishing; 2022.
2. GBD Compare. Institute for Health Metrics and Evaluation. Accessed October 28, 2023. <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
3. Ketterer F, Symons L, Lambrechts MC, et al. What factors determine Belgian general practitioners' approaches to detecting and managing substance abuse? A qualitative study based on the I-Change Model. *BMC Family Practice*. 2014;15(1):119. doi:10.1186/1471-2296-15-119
4. Reynaud M, Karila L, Aubin HJ, Benyamina A. *Traité d'addictologie*. Vol 2e éd. Lavoisier; 2016. <https://www.cairn.info/traite-d-addictologie--9782257206503.htm>
5. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. *Health Behavior: Theory, Research, and Practice*. John Wiley & Sons; 2015.
6. Investigators TEsem 2000, Alonso J, Angermeyer MC, et al. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004;109(s420):47-54. doi:10.1111/j.1600-0047.2004.00330.x
7. Patriek M, Laurence K, Françoise M, et al. Reduction of the treatment gap for problematic alcohol use in Belgium. *KC Report*. Published online 2016.