

Réunion d'information à l'intention de l'entourage des patients hospitalisés pour un problème d'alcool

Cette brochure, rédigée par Michel Naudet, Psychologue et Addictologue, a pour objectifs :

- 1) Aider l'entourage du patient à mieux comprendre la maladie alcoolique et les mécanismes de la dépendance
- 2) Expliquer les différentes étapes du rétablissement, depuis le sevrage en hospitalisation jusqu'au maintien de l'abstinence au long cours
- 3) de répondre aux questions que se posent les proches sur l'attitude à adopter envers le patient aux différents stades de la maladie et du rétablissement

Thèmes abordés

1. La maladie alcoolique expliquée à l'entourage

- Qu'est-ce qu'une addiction ? Pourquoi et comment devient-on dépendant à l'alcool ? Les différents types de dépendance.
- Les étapes du rétablissement
- Les conséquences somatiques, psychiques et comportementales d'une consommation abusive d'alcool. Les thérapies médicamenteuses et non médicamenteuses de la maladie alcoolique

2. Vécu et rôle de l'entourage du patient alcoolique dans la maladie et le rétablissement

- Reconnaissance de la souffrance de l'entourage
- Le temps de l'hospitalisation : Quelle attitude de l'entourage pendant le séjour à la clinique ? Quelle place occuper (visites, contacts avec le médecin, sujets à aborder avec le malade, ...)
- Préparation de la sortie : l'entourage doit-il rencontrer le médecin en présence du patient ? Quels thèmes aborder à cette occasion ?
- Retour au domicile - Comportements à favoriser et éviter : quid de l'autonomisation, de la surveillance, de la présence d'alcool à la maison, de la consommation d'alcool par l'entourage. Doit-on parler du problème d'alcool ? Donner une nouvelle place au malade ou lui permettre de reprendre sa place ?
- Faux-pas et rechutes - Attitude de l'entourage : laisser le malade gérer seul ? En parler ? Prévenir le médecin ? Les attitudes à éviter absolument.

3. Questions libres

Quelques ouvrages :

- *Le verre de trop !* Dr A.Benyamina, Editions Solar, 2006 (simple et complet)
- *Pour en finir avec l'alcoolisme : Réalités scientifiques contre idées reçues*, Dr. Philippe Batel
- *Un dernier pour la route*, Hervé Chabalier, Laffont (témoignage)
- *Faire face aux dépendances*, Charly Cungi, Editions Retz (explication des thérapies)

Des adresses utiles :

Les trois associations d'aide aux anciens malades alcooliques possèdent des antennes dans de nombreuses localités. En appelant les numéros ci-dessous, on vous renseignera sur la réunion la plus proche de chez vous.

Chaque association a un mode de fonctionnement qui lui est propre, il est conseillé de participer à plusieurs réunions différentes afin de choisir celle qui vous correspond le mieux. N'hésitez pas à aller visiter leurs sites Internet, riches en informations.

ALCOOLIKES ANONYMES

29, rue Campo Formio - 75013 PARIS - Téléphone : 01 48 06 43 68

Service d'écoute permanente 7 jours/7, 24H/24 : 08 20 32 68 83

Courriel: aafr@club-internet.fr Site : <http://www.alcooliques-anonymes.fr>

MOUVEMENT VIE LIBRE

14 RUE KLEBER, 93400 ST OUEN, 01 47 39 40 80, <http://www.vielibre.org/>

ALCOOL ASSISTANCE (anciennement LA CROIX D'OR)

10, rue des messageries, 75010 Paris, Tél : 01 47 70 34 18

<http://www.alcoolassistance.net/> messagerie : alcool.assist@wanadoo.fr

Chacune de ces associations possède également une antenne réservée aux familles des malades alcooliques. Se renseigner auprès de leur standard.

ASSOCIATION FRANCAISE DE THERAPIES COGNITIVES ET COMPORTEMENTALES

<http://www.aftcc.org>

Ce site comporte un annuaire de tous les médecins et psychologues pratiquant ces thérapies très utiles dans le cas des addictions, notamment pour la prévention de la rechute. A noter que si les médecins et les psychologues reçoivent la même formation en psychothérapie TCC, seuls les médecins sont remboursés par la sécurité sociale.

Vivre avec un malade alcoolo-dépendant

Pour l'entourage, la prise de conscience qu'un proche ne contrôle plus sa consommation d'alcool est toujours un choc, jusqu'alors protégé par le déni. Cette prise de conscience transforme un problème d'abus que l'on voulait croire passager et contrôlable en problématique beaucoup plus durable et menaçante envers l'avenir.

L'entourage va alors :

- Se poser beaucoup de questions sur l'origine de ces abus, sur son rôle dans la naissance et le maintien de la maladie : En quoi suis-je responsable de cette situation ? Quand il me dit qu'il boit à cause de moi, est-ce vrai ?
- Parfois même se rendre malade : prendre des médicaments pour dormir, perdre l'appétit, etc.
- Passer par des sentiments successifs et contradictoires (culpabilité, colère, espoir, haine, amour) qui déstabilisent
- Avoir honte vis-à-vis des personnes extérieures, cacher le problème et s'isoler.

Les réactions vont successivement ou alternativement être :

- Essayer de comprendre le malade, discuter avec lui
- Contrôler et menacer pour imposer un changement de comportement
- Aimer davantage pour obtenir la réciprocité et le changement de comportement
- Sacrifier progressivement ses désirs et besoins et réduire ses exigences envers la vie

Cette dernière attitude s'appelle la **codépendance**, c'est-à-dire devenir malade de la maladie de l'autre. Elle enferme l'entourage dans une problématique qu'il ne peut pas contrôler.

L'entourage va chercher des excuses et des raisons au malade, faire les choses à sa place en cas de défaillance, essayer de contrôler le comportement, cacher le problème aux autres, voire ne plus communiquer sincèrement avec le malade lui-même. C'est l'isolement et le repli sur soi.

La stratégie de contrôle consiste à surveiller les faits et gestes du malade dans le but d'empêcher ou de limiter les consommations (décliner les invitations, renoncer à des sorties personnelles, accompagner le malade dans ses déplacements, etc.). Elle est bien-sûr sans effet, une personne qui veut boire y parviendra toujours, avec ou sans surveillance. Cette attitude est très déstabilisante car elle souffle le chaud et le froid, redonnant de l'espoir quand le malade renonce à une sortie, boit peu ou pas du tout et provoquant de la déception lorsqu'il commet de nouveau un excès. Elle va entraîner une perte de confiance en soi (dans la capacité de contrôler notamment) et en lui (attitudes de mensonge et de dissimulation) et provoquer un état de colère quasi permanent envers lui, envers nous et envers les « amis » qui voient les choses sans rien faire..

Menacer, supplier, en appeler à la responsabilité du malade sont des attitudes qui n'obtiendront pas de meilleurs résultats que le contrôle.

Que doit faire l'entourage ?

« Pour que les choses changent, il va falloir changer les choses. Et les seules choses que l'entourage peut changer, ce sont celles qui dépendent de lui » :

Le cercle familial ou conjugal est un système en équilibre. Les différents sujets du système ne peuvent pas imposer aux autres un changement de comportement. Mais, si un sujet change son propre comportement, un ou plusieurs autres sujets doivent changer leur propre comportement pour rétablir l'équilibre qui est alors rompu.

Pour déterminer la « bonne » attitude à adopter, il va en premier falloir dresser un constat :

- Ne pas considérer que l'aide de l'entourage est obligatoire et inconditionnelle
- On ne peut pas arrêter de boire à la place du malade, ni même se faire soigner à sa place.
- On ne peut changer que sa propre attitude, pas celle du malade.
- Sacrifier ses besoins et ses désirs ne va pas arranger les choses, seulement nous entraîner dans la codépendance.
- La souffrance de l'entourage n'allège pas la souffrance du malade.
- L'entourage n'est ni responsable de la maladie, ni du rétablissement. Même si l'entourage a forcément un rôle dans cette maladie, seul le malade a le pouvoir de se rétablir, éventuellement en exprimant ses besoins et désirs envers l'attitude de l'entourage.
- Faire les choses à la place du malade l'éloigne de ses responsabilités et de la prise de conscience des conséquences de sa maladie.

Une fois que ce difficile travail d'acceptation sera entrepris, il conviendra d'adopter progressivement des comportements différents :

1. Lui faire part du constat précédent
2. Avoir la même attitude envers lui que vous auriez envers un malade « somatique »
3. Réapprendre à satisfaire vos propres besoins et envies : faire ce qui vous fait plaisir, rencontrer les personnes que vous aimez, prendre du temps pour m'occuper de soi.
4. Lutter contre le sentiment de culpabilité qui s'oppose à tout changement. Se préparer notamment aux remarques négatives d'une partie de l'entourage concernant votre propre attitude (qui pourra passer pour de l'égoïsme ou du rejet aux yeux de certains, qui vont privilégier inconditionnellement l'aide, l'amour, la protection et les excuses).
5. Poser des limites claires et s'y tenir (« si tu es ivre, tu ne rentres pas à la maison », « si tu me fais subir des violences, même verbales, je porte plainte », etc.)
6. Ne plus faire les choses à la place du malade en cas de manquement, le laisser face à ses responsabilités.
7. Chercher de l'aide pour vous-même afin de soulager votre souffrance et vous accompagner dans votre démarche.

Et les enfants ?

L'enfant, quel que soit son âge, sent des tensions dans la famille. Il faut parler de la maladie avec les termes appropriés à l'âge, déculpabiliser et éventuellement les préparer à entendre des réflexions de la part des autres. Une aide extérieure sera très souvent souhaitable (thérapeute, groupes de parole pour l'entourage).

Quelques explications : Comment devient-on dépendant à l'alcool ?

Nous allons essayer ici de reconstituer le parcours qui va mener une personne vers l'alcoolodépendance, en insistant sur les facteurs biologiques qui sous-tendent cette maladie et échappent à tout contrôle, notamment à celui de la « volonté ».

Premières alcoolisations et effets subjectifs

C'est le plus souvent l'aspect culturel de l'alcool (festif, cérémonial ou conventionnel) qui provoquera la première prise de boisson alcoolisée par un enfant ou adolescent : vider le fond d'un verre en cachette après un repas de famille, boire un peu de champagne le jour de sa première communion, tremper un biscuit dans le verre de vin de Papi, etc....

L'individu qui consomme de l'alcool pour la première fois va ressentir des effets dont la qualité sera très variable d'un sujet à l'autre. Trois cas peuvent se présenter :

- 1) Certaines personnes sont allergiques à l'alcool : à cause d'un problème d'enzyme, leur foie est incapable de le digérer ; s'ils en consomment, ils seront malades et éviteront par la suite de renouveler l'expérience.
- 2) Au contraire, chez d'autres, la prise d'alcool sera vécue comme une véritable rencontre car produisant un effet bénéfique sur leur humeur : sensation d'euphorie et désinhibition du comportement, ou soulagement d'une anxiété ou d'une tension intérieure. Ces personnes auront tendance à renouveler régulièrement l'expérience pour améliorer leur moral ou se sentir plus à l'aise avec les autres.

Dès les premières consommations, le cerveau va mémoriser cet effet bénéfique et s'en souviendra à jamais, même si la personne ne reconsume plus d'alcool avant des années.

- 3) Pour la majorité des gens, la première prise d'alcool n'aura aucun effet particulier. Mais ils en consommeront sans doute de temps à autre, voire régulièrement, pour des raisons sociales ou gustatives (boire avec les amis, apprécier un bon vin, etc.), voire par habitude.

Consommation occasionnelle puis régulière

Sauf s'il est allergique à l'alcool ou déterminé, pour des raisons éthiques, religieuses ou personnelles, à ne jamais en consommer (2% des français adultes), son comportement social amènera l'individu à boire **occasionnellement** de l'alcool à des fins récréatives ou hédoniques. De nombreuses personnes (32% des français adultes) conserveront cette façon de boire leur vie durant. D'autres, souvent par habitude ou entraînés par leur environnement culturel ou professionnel, seront amenés à boire **régulièrement** de l'alcool (66% des français adultes), voire **quotidiennement** (33%).

Cette consommation régulière pourra progressivement devenir abusive (10% des français adultes) en cas de vie particulièrement festive ou de problèmes psychiques (hypersensibilité, dépression, états anxieux, phobie sociale, troubles de la personnalité, etc.), provisoirement améliorés ou mieux supportés grâce à l'alcool.

Consommation abusive

La consommation abusive d'alcool, quelle qu'en soit la cause, déclenche une série de réactions de la part du corps, avec pour conséquence possible le renforcement progressif de la conduite d'alcoolisation.

Le premier acteur de ces processus est le foie : en cas de consommation modérée d'alcool, il est capable de « digérer » rapidement ce dernier, avant qu'il ne se déverse dans la circulation sanguine et ne se diffuse dans tout le corps. Si la consommation est plus importante, une partie de l'alcool n'est pas détruite immédiatement et cet « excédent » va rapidement atteindre tous les organes et notamment le cerveau dont il va perturber le fonctionnement (sensations euphoriques, comportement de désinhibition, ébriété, etc.).

Confronté à une consommation régulière **excessive** dépassant ses capacités initiales, le foie va être capable de s'adapter progressivement et digérer de mieux en mieux l'alcool au fil des mois et des années, mais aux dépens de ses autres fonctions.

En conséquence, pour qu'une même quantité d'alcool atteigne le cerveau afin d'y produire ses effets euphorisants habituels, la personne devra boire des quantités d'alcool de plus en plus importantes.

Ce phénomène s'appelle la **tolérance** (appelée parfois *accoutumance*) : pour obtenir les mêmes effets, la personne va devoir augmenter régulièrement les doses.

Le second acteur est le cerveau qui va s'habituer à ce plaisir et renforcer cette tendance à augmenter les quantités d'alcool ingérées en donnant au sujet l'envie de boire de plus en plus souvent. L'alcool va occuper une place grandissante dans sa vie et induire progressivement une dépendance **psychique**, à la fois **comportementale** (habitude d'associer l'alcool à ses activités), **émotive** (retrouver rapidement et facilement une humeur ou des sensations agréables, ou éloigner des sentiments désagréables) et **cognitive** (raisonner différemment, minimiser ou oublier ses soucis). Des processus associatifs puissants vont se mettre en place (mémoire des expériences agréables, association de l'alcool et du plaisir, savoir-vivre, fête, convivialité, etc.).

Vers l'alcool-dépendance

Tôt ou tard, sans une modification du comportement, le phénomène de *tolérance* aboutira progressivement à une **dépendance physique** pour l'alcool. Voici de quoi il s'agit :

L'alcool est un puissant toxique pour le cerveau dont il dérègle le fonctionnement en rompant l'équilibre chimique entre les différents « messagers » (les neurotransmetteurs) chargés de véhiculer les ordres du cerveau à tout le corps via les neurones. Lorsque la consommation est abusive et fréquente, celui-ci va essayer de s'auto-protéger en développant un système chargé de rétablir l'équilibre entre ces neurotransmetteurs. En cas de manque d'alcool, l'équilibre sera rompu et ces processus adaptatifs deviendront à leur tour « agresseurs », provoquant des « symptômes de sevrage » : anxiété, sudation, tremblements. Ces derniers se produiront non seulement lors d'une période d'abstinence, mais également lorsque l'alcoolémie deviendra insuffisante (fins de nuit par exemple), et de plus en plus fréquemment à mesure que la dépendance deviendra sévère.

Pour atténuer et faire disparaître ces symptômes, le malade dépendant devra annuler l'effet agresseur du système protecteur du cerveau en rétablissant l'équilibre, donc en buvant de l'alcool, augmentant ainsi sa tolérance et la sévérité de sa dépendance. Le cercle vicieux s'est installé.

A ce stade, le malade alcoolique a perdu la liberté de s'abstenir de boire. Pour fonctionner normalement, il doit consommer de l'alcool à dose suffisante pour contrebalancer l'action des processus de protection du cerveau. Ceux-ci ne se déclenchent pas, comme on pourrait le croire, seulement en présence d'alcool ; leur action est permanente.

Une fois prise la décision d'arrêter de boire et le sevrage effectué (en ambulatoire ou en hospitalisation), la mission des processus adaptatifs pourrait être terminée et ces derniers disparaître à jamais, sonnant ainsi la fin de l'état de dépendance. Il n'en est hélas rien : en l'absence prolongée d'alcool (environ une semaine), ces processus vont très rapidement se mettre en sommeil mais ne disparaîtront pas.

Si le malade reconsume de l'alcool, même des mois ou des années plus tard, le cerveau va se sentir à nouveau menacé et risque de réactiver très rapidement, voire immédiatement, les processus de protection. Et encore hélas, l'intensité de ces processus n'est pas modulable en fonction des quantités ingérées, elle est déterminée par les plus fortes consommations du passé. Même si le malade ne boit qu'un seul verre, c'est la totalité des processus de protection qui risque de se remettre en place et, pour rétablir l'équilibre, le patient va être amené très rapidement à reboire les mêmes quantités d'alcool que par le passé.

Quitter la dépendance

Arrêter de boire est une décision **personnelle**. Le malade doit entreprendre cette action d'abord pour lui-même. La dépendance à l'alcool n'est pas une fatalité. Mais les **souhaits** ne suffisent pas. Pour s'en sortir, il est indispensable de se livrer à une réflexion approfondie sur son comportement et sur sa vie.

Dites-vous bien qu'il n'existe pas de traitement miracle pour quitter la dépendance. Le seul vrai « médicament », c'est le patient. Le corps médical va l'accompagner dans cette démarche, mais il en sera **l'acteur principal**.

« Arrêter de boire, c'est apprendre à ne plus boire »

Plusieurs étapes jalonnent ce parcours :

Si le patient a développé une dépendance physiologique envers l'alcool, la première étape est le *sevrage*, c'est-à-dire éteindre le besoin impérieux de boire imposé par le corps pour ne pas ressentir les pénibles symptômes de manque (tremblements, anxiété, sudation). Cette étape dure en moyenne une semaine, pendant laquelle le patient recevra sans doute un traitement à base de tranquillisants et de vitamines.

Il faut garder à l'esprit que la dépendance à l'alcool ne s'installe pas en un jour et que cette maladie est évolutive. Peut-être qu'aujourd'hui la personne ne ressent pas de manque et s'abstenir de boire depuis son arrivée à la clinique lui paraît plutôt facile. Cela signifie sans doute qu'il n'a pas encore atteint le stade de la *dépendance biologique*, mais qu'en est-il de la *dépendance psychologique* ?

Le séjour à la clinique est un moment privilégié pour mieux s'occuper de soi. Le patient peut profiter au maximum des réunions et entretiens journaliers avec son médecin et le personnel soignant pour réfléchir à sa problématique. Il est notamment primordial d'évaluer la place de sa conduite addictive dans l'ensemble de ses problèmes actuels. En d'autres termes : à quoi lui sert l'alcool ou, tout au moins, que lui a-t-il apporté au début ? Du plaisir ? Un soulagement ? Un dépassement de ses limites ?

Le sevrage n'est qu'une étape. Le véritable enjeu est de pouvoir dans le futur mener une existence normale sans recourir à l'alcool. Ce qui revient à vaincre la *dépendance psychologique* et la *dépendance comportementale* (les **habitudes**).

L'objectif le plus urgent est de tout mettre en œuvre pour prévenir la rechute. Faire des promesses à son entourage ou à lui-même, s'en remettre totalement à sa volonté ne suffit pas. Il doit recenser avec précision toutes les situations futures susceptibles de le mettre en danger et d'imaginer des solutions réalistes permettant d'y faire face, en d'autres termes **anticiper**.

Au cours des différentes réunions et entretiens, les médecins et autres intervenants lui donneront des « outils » qui l'aideront à maintenir l'abstinence. A lui de choisir ceux qui lui conviennent et de se les approprier. Aucun d'eux n'a de vertu magique mais, utilisés correctement et en association, ils constitueront une aide appréciable.

En résumé, le désir de mettre fin à une dépendance ne doit pas relever du souhait mais d'un travail profond sur soi-même et ses habitudes. Pour vaincre la dépendance, il faut commencer par la comprendre. **Arrêter de boire, c'est avant tout apprendre à ne plus boire.**

Quelques concepts

Efforts : « Avoir de la volonté » = faire des efforts. En général non suivis d'effet, mais **libération de l'état de culpabilité**. Faire des efforts, c'est lutter contre le désir et contre le cerveau affectif, prédictif d'échec.

Souhait : passif et flottant : souhaiter qu'il fasse beau, un bon anniversaire, une bonne année (sans s'impliquer). Souhaiter avoir son bac, arrêter de fumer, de boire. Ce n'est pas le **vouloir**, pas d'implication, pas de temporalité. **Extérieure**.

Volonté

Constance dans la poursuite d'un **but** souhaité. **Intériorisée**. S'en tenir à la décision. Faculté de se déterminer à certains actes et de les accomplir. Energie, fermeté avec laquelle on exerce cette faculté. La volonté s'exerce envers un objet défini et pouvant être atteint. On s'aperçoit qu'on fait preuve de volonté lorsque nous faisons des efforts, c'est-à-dire des choses qui vont à l'encontre de nos envies et désirs.

Désir : exprime une envie puissante, mais moins caractérisée que la volonté, plus *affective*, sans la nécessité de réel objet. « J'**ai envie** d'une vie meilleure » versus « je **veux** arrêter de boire ».

Motivation : Facteur (conscient ou inconscient) qui incite à agir pour atteindre son objectif. C'est une envie qui dure.

C'est le **désir** qui est le moteur principal de la **motivation**. Si le patient possède la motivation, il aura la **volonté** d'appliquer les moyens d'atteindre ses objectif. Deux conditions pour être motivé : importance du projet pour soi-même et confiance en soi pour y parvenir.

Le maintien de l'abstinence : Un moyen ou un objectif ?

L'abstinence ne sera vraiment désirable que si elle permet d'accéder à une vie meilleure, c'est un moyen, un objectif intermédiaire, pas un but ultime.

Stopper un comportement addictif, c'est tout d'abord une **décision** découlant de la **motivation** (importance du projet, confiance en soi pour y parvenir). C'est aussi avoir la **volonté** d'entreprendre les actions nécessaires pour réussir et le **désir** d'accéder, au-delà de la simple abstinence, à une vie meilleure.

Les **souhais** ne sont pas mobilisateurs, mais ils expriment quand même l'insatisfaction de la vie actuelle et les prémices d'un désir de changement.

Les **efforts**, fruits de la volonté, seront utiles pour débiter les actions. Mais sans alliance avec le désir, ils sont voués à l'échec,

Devenir abstinent, est-ce simplement supprimer le produit de sa vie ?

C'est surtout réorganiser sa vie pour exister sans l'aide du produit :

- Réinvestissement du temps consacré à l'alcool
- Réorganisation de la vie, notamment en ce qui concerne les **situations à risque** :

L'alcool ne doit plus être la réponse systématique au mal-être ou à la recherche du plaisir. Il faut trouver d'autres comportements capables de remplir ce rôle.

Que peut-on changer dans sa vie ?

Il est important de cibler son action sur les facteurs qui peuvent être changés, c'est-à-dire principalement ses habitudes et ses comportements. On ne change pas sa personnalité, ses émotions ou son passé. Vouloir lutter en permanence contre ses « défauts » est épuisant, il est préférable d'utiliser son énergie pour changer sa vision de soi (mieux se connaître, mieux s'accepter) et ses relations avec les autres (s'affirmer, être plus à l'écoute). Le patient augmentera ainsi son estime de soi et changera peut-être un peu sa façon de voir le monde. Il doit essayer de se traiter en ami qu'il faut encourager plutôt qu'en ennemi qu'il faut combattre !

Situations à risque d'alcoolisation : anticiper et s'entraîner

- Les habitudes
 - Les pulsions
 - La pression sociale
 - La réponse apprise aux situations de souffrances psychiques
 - L'ennui, la solitude
 - Les célébrations
 - L'envie de retrouver le plaisir, la nostalgie des bons moments... (on oublie plus vite les mauvais moments que les bons)
-
- Identifier ces situations
 - Anticiper leur survenue (identifier le plus vite possible les pensées dangereuses)
 - Les analyser (pensées, émotions, comportement problème, conséquences)
 - Trouver des comportements alternatifs
 - S'entraîner à ces comportements alternatifs pour les intégrer dans ses habitudes et savoir les adopter au moment crucial (analogie avec l'entraînement militaire)

Le comportement problème ne surgit pas de nulle part, même en cas de pulsion. Il sera précédé d'émotions et de pensées automatiques souvent inconscientes (préconscientes) qu'il faudra apprendre à reconnaître le plus tôt possible, avant que la pulsion ne soit trop forte.

Ces pensées sont fausses car elles ne retiennent que les aspects positifs de l'alcoolisation, sans mettre en balance les inconvénients et les conséquences.

Il y a toujours une pensée permissive consciente, c'est elle qui déclenche le comportement, en général après une lutte entre « je sais » et « je sens » (le petit ange et le petit diable). Il est important de la reconnaître et de pouvoir lui opposer une pensée et un comportement alternatifs.

Confronté à une envie forte d'alcool, il est crucial de se rappeler que cette envie ne va pas durer et que dans quelques minutes elle aura disparu (à condition toutefois de ne pas l'entretenir....).

Les thérapies médicamenteuses de la maladie alcoolique

La maladie alcoolique étant par définition multifactorielle (d'origine « bio-psycho-sociale »), il ne faut pas aujourd'hui compter sur un médicament miracle pour quitter l'addiction ou en guérir. Par contre, comme pour toutes les maladies chroniques, nous disposons d'outils permettant d'aider le patient à se rétablir et à maintenir l'abstinence.

Il existe 3 sortes de médicaments indiqués dans le sevrage alcoolique et la prévention de la rechute.

1) **Les benzodiazépines** (Seresta, Valium, Lexomil, etc.).

Ces médicaments, outre leur propriétés anxiolytiques (calmantes), permettent de prévenir les complications du sevrage en protégeant le patient des risques convulsifs entraînés par le manque d'alcool. Ils sont donc utilisés presque systématiquement pendant la semaine suivant l'arrêt de l'alcool. **Il peut être très dangereux de faire un sevrage seul sans l'aide de ces médicaments, risque de *délirium tremens*.**

Cette classe de médicaments peut également être très utile dans la prévention de la rechute en calmant une personne qui sent une pulsion monter. Il est bon d'en avoir sur soi, même à distance de la période de sevrage. Prendre un comprimé dès le début de la pulsion, ne pas attendre qu'il soit trop tard !

Les médicaments anti-craving (Aotal , Baclofène) et réducteurs de plaisir (Révia, Selincro)

Acamprosate (Aotal) a été approuvé en 2004 pour la maintenance de l'abstinence chez des personnes déjà abstinentes. Il s'agit d'un analogue de la Taurine, un acide aminé présent dans le cerveau. Son mécanisme d'action n'est pas complètement compris. On croit qu'il interagit surtout avec le système du glutamate et restaure ainsi l'équilibre entre excitation (glutamate) et inhibition (GABA) neuronales qui a été perturbé par l'alcool, réduisant ainsi le goût de boire et la rechute. Il ne diminue pas le plaisir associé à la consommation d'alcool.

Baclofène (Lioresal) : Plusieurs essais cliniques sont actuellement en cours en France et aux États-Unis, avec un médicament jugé prometteur, le baclofène, censé réduire l'appétence pour l'alcool. Ce myorelaxant (relaxant musculaire), normalement indiqué pour combattre des contractures spastiques, rend plus ou moins indifférent à l'alcool lorsqu'il est administré à très forte dose (2 à 4 fois la posologie habituelle). Une étude italienne randomisée en double aveugle (publiée dans *The Lancet* en 2007) a montré qu'il y avait davantage d'abstinents chez les personnes sous baclofène que chez celles sous placebo. Mais pour combien de temps ? Avec quels effets secondaires à court et à long terme ? Les études en cours devraient apporter des réponses ...

Naltrexone (Révia), disponible depuis 1995, est un antagoniste des récepteurs aux opiacés du cerveau. Il bloque l'effet euphorisant de l'alcool. Cette médication débute après quelques jours d'abstinence. Une réduction du plaisir procuré par l'alcool et une diminution des rechutes sont rapportées lorsqu'il est utilisé pendant 3 à 6 mois. Puisqu'il bloque les récepteurs aux opiacés du système nerveux, il est contre-indiqué en cas de sevrage aux opiacés ou de prise d'antalgiques opiacés. Ce médicament est plus efficace lorsqu'utilisé de pair avec un suivi psychologique sur les techniques de prévention de la rechute.

Nalméfène (Selincro) a été autorisé en Europe en février 2013. Il s'agit d'un médicament très proche de la naltrexone. Son objectif est la réduction de la consommation, pas l'abstinence. Il se prend normalement « à la demande », 1 à 2h avant la consommation prévue d'alcool.

2) Le médicament aversif

Disulfiram (Esperal, Antabuse), développé il y a 55 ans, est un agent aversif qui inhibe le métabolisme de l'alcool. Il amène des réactions très désagréables (appelé *effet antabuse*) à l'ingestion d'alcool, même en petite quantité: palpitations, nausées, vomissements. Il a une efficacité limitée car l'abandon du traitement est élevé. Il ne diminue pas directement l'envie ou le besoin de prendre de l'alcool mais, sur le plan psychologique, il aide à s'abstenir car quand on ne peut pas faire quelque chose, on en a moins envie (par exemple, envie de fumer dans un avion).

D'autres médicaments anti-craving sont à l'étude, notamment l'Alcolver, traitement à base de GHB

Les thérapies non-médicamenteuses de la maladie alcoolique

- Psychothérapies
- Relaxation, thérapies corporelles
- Association d'entraide et groupes de parole
- Suivi psychologique et/ou addictologique régulier
- Reprise ou découverte d'activités

....