

UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**L'accompagnement du patient présentant un trouble de
l'usage d'alcool en médecine générale**

Présentée et soutenue publiquement le 28 mai 2020 à 16h
au Pôle Formation
par **Juliette DELBECQUE**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

Madame le Docteur Anita TILLY-DUFOUR

Directrice de Thèse :

Madame le Docteur Anne-Françoise HIRSCH-VANHOENACKER

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

CDA : Consommation Déclarée d'Alcool

CIER : Comité Interne d'Ethique de la Recherche Médicale

CIM : Classification Internationale des Maladies

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CTS : Conseil Territorial de Santé

DSM : Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders

GHICL : Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

HAS : Haute Autorité de Santé

INCa : Institut National du Cancer

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RdR : Réduction des Risque

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève

SFA : Société Française d'Alcoologie

SAF : Syndrome d'Alcoolisation Fœtale

SPF : Santé Publique France

TUA : Trouble de l'Usage d'Alcool

Table des matières

Résumé	1
Introduction	6
I – L'alcool, problème majeur de santé publique	2
A- Au niveau national	2
B- Au niveau régional	3
II – Repérage et accompagnement du patient présentant un TUA	3
A- Le médecin généraliste au cœur des soins	3
B- Outils, repères de consommation et recommandations	4
III – Evolution de l'addictologie	6
IV - Objectifs de l'étude	6
Méthode	7
I – Type d'étude	7
II – Population étudiée	7
III – Modalités de recrutement	7
IV – Recueil des données	8
V – Analyse des données	9
VI – Bibliographie	10
VII – Ethique	10
Résultats	11
I - Caractéristiques de l'échantillon	11
II- Repérage du patient présentant un TUA	13
A- Repérage systématique.....	13
B- Repérage clinique	14

C- Repérage par le biais d'examen	14
D- Repérage par l'intermédiaire de l'entourage	15
E- Questionnaires	15
F- Outil d'aide au RPIB	16
G- Intervention brève	16
III- Evolution de l'addictologie	18
A- Changement de paradigme	18
a) Abstinence complète et définitive	18
b) Rejet des anciennes méthodes	18
c) Réduction des risques et des dommages	19
B- Changement de classification	22
a) Utilisation des classifications en médecine générale	22
b) DSM-5	23
IV- Conditions d'un bon accompagnement en médecine de ville	24
A- L'absence de jugement	25
B- Alliance thérapeutique	25
C- Le patient acteur de sa démarche	26
D- Une approche personnalisée	27
E- Gestion du temps et suivi régulier	27
F- Savoir passer la main	28
G- Réunir les différents intervenants	29
V- Améliorer cet accompagnement en médecine générale	29
A- Consultation dédiée et cotation particulière	30
B- Resserrer les liens avec les spécialistes	30
C- Formation durant le 3 ^e cycle d'études médicales de médecine générale	31

D- Faciliter le suivi psychologique	32
E- Promouvoir les réunions pluridisciplinaires et les intervisions	33
F- Travailler avec les équipes mobiles	34
G- Mieux informer les médecins généralistes	34
H- Revoir la communication au niveau national	35
I- Soutenir l'entourage du patient	35
Discussion	37
I – Forces de l'étude	37
A- Intérêt de la méthode qualitative	37
B- Recueil des données	37
C- Recrutement des médecins	38
D- Analyse des données	38
E- Saturation des données	38
II- Limites de l'étude	39
A- Limite liée à l'investigateur	39
B- Réalisation des entretiens	39
C- Durée de l'étude	39
III – Discussion des principaux résultats	40
A- RPIB	40
a) Repérage	40
b) Questionnaires	41
c) Intervention Brève	42
d) Fiche Mémo HAS	44
B- Evolution de l'addictologie	44
a) DSM-5	44

b) RdR	46
C- Accompagnement	47
a) Relation médecin-malade	47
b) Réseaux et pluridisciplinarité	47
c) Formation	49
Conclusion	51
Références bibliographiques	53
Annexes	60

Résumé

Introduction : Le médecin généraliste rencontre régulièrement des patients présentant un trouble de l'usage d'alcool (TUA). Des outils destinés à améliorer le repérage et l'accompagnement sont mis à sa disposition. L'addictologie évolue : la prévention des risques et réduction des dommages regroupées sous le terme réduction des risques (RdR) se développe et une nouvelle classification apparaît. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'évolution de l'accompagnement des patients. Les objectifs secondaires étaient d'explorer la place du Repérage Précoce et Intervention Brève (RPIB) et l'impact des changements récents en addictologie en pratique.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de 12 médecins généralistes du Nord ayant ou non une compétence en addictologie. Les données ont été analysées par codage à l'aide du logiciel NVivo12®. La saturation des données a été atteinte.

Résultats : Le repérage précoce n'était pas correctement intégré. Certains médecins utilisaient l'intervention brève et la trouvaient d'autant plus efficace qu'elle était répétée. Les questionnaires standardisés n'étaient pas utilisés et le changement de classification ne semblait pas avoir d'impact en pratique. Par contre, le changement de paradigme a bien été intégré, tous pratiquaient la réduction des risques et rejetaient les anciennes méthodes. Plusieurs conditions nécessaires à cet accompagnement et des pistes d'améliorations ont été évoquées.

Conclusion : Les mesures mises en place pour promouvoir le RPIB ne semblent pas suffisantes, un travail de diffusion reste à faire. Améliorer l'accès à la prévention et l'accompagnement patients présentant un TUA est une des priorités du schéma régional de santé en place depuis 2018. Une évaluation de ce plan est prévue en 2023.

Introduction

I – L'alcool : problème majeur de santé publique

A- Au niveau national

L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée en France. En 2017, 86,5% des personnes âgées de 18 à 75 ans déclaraient avoir bu de l'alcool au moins une fois au cours des douze derniers mois et 40% au moins une fois par semaine. (1)

L'alcool représente également la deuxième cause de mortalité évitable après le tabac. En 2015, 41000 décès dont 16000 par cancer étaient attribuables à cette substance. (2)

L'alcool est susceptible de modifier la conscience et les perceptions, ainsi que les comportements. Les individus qui en consomment s'exposent donc à différents risques, que ce soit à court, moyen ou plus long terme (accidents, violences, troubles psychiques, ...).

En 2016, 25% des conducteurs âgés de 18 à 35 ans impliqués dans un accident mortel avaient un taux d'alcoolémie supérieur à celui autorisé par la loi. (3)

Chaque année en France, environ 8000 enfants naissent fragilisés par les effets de l'alcool sur le fœtus, ce qui représente 1% des naissances. Parmi eux, 1/10 est atteint de la forme grave appelée Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF) complet. (4)

Pour ces raisons et malgré la baisse de la consommation régulière et quotidienne d'alcool chez les adultes depuis les années 1960, l'alcool reste en France un problème majeur de santé publique. (5,6)

B- Au niveau régional

Le département du Nord ne fait pas exception et a un profil spécifique.

En 2010, le Nord-Pas-de-Calais était la région où l'on buvait le plus quotidiennement (13% contre 11% au niveau national). (7) En 2017, dans les Hauts-de-France, 36,8 % des personnes âgées de 18 à 75 ans déclaraient avoir bu de l'alcool au moins une fois par semaine dont 11,2 % tous les jours au cours des 12 derniers mois, ce qui était cette fois comparable à la population de France métropolitaine. (8)

Malgré cela, les dommages socio-sanitaires liés à l'alcool (accidents de circulation, décès prématurés, interpellations pour ivresse ...), reflets de consommations installées dans le temps, étaient beaucoup plus fréquents dans la région des Hauts-de-France qu'au niveau national en 2016. (9)

II – Repérage et accompagnement du patient présentant un trouble de l'usage d'alcool

A- Le médecin généraliste au cœur des soins primaires

La médecine générale est habituellement la première possibilité de contact du patient avec le système de soins. Une relation de confiance se construit dans la durée entre le praticien et son patient, et permet une meilleure prise en charge. (10)

Les médecins généralistes sont donc au cœur des soins dans le repérage et l'accompagnement des patients présentant un TUA. (11)

B- Outils, repères de consommation et recommandations

La difficulté du repérage repose sur le fait que la consommation d'alcool est rarement le motif principal de consultation. Afin de faciliter le dialogue sur ce sujet, la Haute Autorité de Santé (HAS) a élaboré en 2014 un outil d'aide au RPIB. (12) L'enjeu était d'obtenir un changement d'attitude des professionnels de santé en leur procurant un outil simple. Ce travail s'inscrivait dans le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. (13)

Une fiche mémo commune aux différentes substances (alcool, tabac et cannabis) est disponible pour les praticiens. (14) Le repérage précoce, qui doit être réalisé de façon systématique, concerne la consommation d'alcool déclarée (CDA) et repose sur un questionnaire (FACE) qui évalue le risque encouru par le consommateur. (annexe 1)

Une fois le trouble de l'usage d'alcool repéré, le praticien peut utiliser l'intervention brève pour dialoguer avec le patient et envisager la conduite à tenir en fonction des résultats du questionnaire. Celle-ci doit être courte et consiste à :

- Informer des risques et évaluer ceux du patient
- Identifier les attentes du patient
- Expliquer les méthodes possibles
- Proposer des objectifs en laissant le choix
- En discuter avec le patient (12,14)

Devant l'évolution de l'addictologie, la modification des concepts et des pratiques, la Société Française d'Alcoologie (SFA) a jugé nécessaire en 2014 d'actualiser ses recommandations de bonne pratique concernant le mésusage d'alcool. Celles-ci sont essentiellement destinées aux praticiens de soins primaires. (15)

En 2017, un groupe d'experts a été mandaté par Santé Publique France (SPF) et l'Institut National du Cancer (InCA) avec pour objectif d'actualiser les repères de consommation à moindre risque. (16)

Ces nouveaux repères concernent trois dimensions :

- Ne pas consommer plus de 10 verres standard par semaine
- Ne pas consommer plus de 2 verres standard par jour
- Avoir des jours dans la semaine sans consommation

La même année en France métropolitaine, 23,6 % des adultes de 18 à 75 ans présentaient une consommation d'alcool dépassant ces repères à moindre risque, sur au moins une de ces trois dimensions. (17)

En 2019, une campagne de prévention voit le jour avec comme slogan : « Pour votre santé, l'alcool c'est maximum 2 verres par jour et pas tous les jours. ».

Différents dispositifs sont mis en place : certains visent la population générale, d'autres plus spécifiquement les femmes enceintes et les adolescents. (18)

Cette campagne d'information est destinée à favoriser une prise de conscience de la part des consommateurs pour enclencher des changements de comportement.

Celle-ci passe par des spots télévisés, des sites dédiés, des affiches. (annexe 2)

III – Evolution de l’addictologie

Le concept de réduction des risques (RdR) s’est développé en addictologie avec l’émergence du VIH dans les années 1980 avec les programmes d’échanges de seringues et la naissance des traitements de substitution. (19)

Il s’est secondairement élargi à toutes les pratiques addictives pouvant conduire à une dépendance. L’abstinence n’est plus le seul objectif acceptable. Elle n’est plus considérée comme un but mais comme un moyen parmi d’autres pour diminuer les conséquences négatives de la consommation. (20)

Le patient choisit son objectif, il est au centre des décisions. (21)

Depuis 2013, avec la parution du DSM-5, la notion de troubles de l’usage d’alcool remplace celle d’abus et de dépendance utilisée dans le DSM-IV et la CIM10. (22),(23)

Ces troubles de l’usage d’alcool sont classés selon un gradient de sévérité. (24)

Il s’agit d’une évolution conceptuelle.

IV – Objectifs de l’étude

L’objectif principal de l’étude était d’évaluer l’évolution de l’accompagnement des patients présentant un TUA en médecine générale.

Les objectifs secondaires étaient :

- Evaluer la place du RPIB dans la pratique des médecins généralistes
- Evaluer l’impact du changement de classification et de paradigme dans la pratique des médecins généralistes

Méthode

I - Type d'étude

Pour répondre à ces objectifs, une enquête qualitative réalisée par le biais d'entretiens semi-dirigés individuels a été menée. Ce type d'étude permet de mettre en évidence des situations et phénomènes que l'on ne peut mesurer de façon objective.

II - Population étudiée

Les critères d'inclusion dans cette étude étaient : être médecin généraliste installé dans le Nord, ayant ou non une formation en addictologie.

Les critères d'exclusion étaient :

- L'absence de consentement du médecin
- Le statut de remplaçant

III - Modalités de recrutement

La sélection des médecins a été réalisée par échantillonnage intentionnel, afin d'obtenir une variation maximale et d'y inclure des médecins ayant une compétence en addictologie.

Le recrutement s'est fait progressivement, et pour certains médecins par « effet boule de neige », c'est-à-dire que leurs coordonnées ont été fournies à l'investigateur par des médecins participant à l'étude.

Les médecins étaient contactés par téléphone ou par mail afin de leur proposer de participer à cette étude, sans leur donner l'intitulé exact du sujet pour ne pas les influencer. S'ils acceptaient de participer, un rendez-vous était convenu selon leurs disponibilités.

IV - Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé par le biais d'entretiens semi-dirigés, menés à l'aide d'un guide d'entretien composé de six questions ouvertes. (annexe 3)

Celui-ci a été progressivement modifié et adapté au fil des entretiens.

Avant l'entretien, l'enquêteur recueillait les caractéristiques suivantes : âge, sexe, lieu d'exercice, nombre d'années d'installation, compétence en addictologie.

Les entretiens étaient doublement enregistrés par l'intermédiaire de la fonction dictaphone d'un smartphone et par un dictaphone afin d'éviter toute perte de données.

Les thèmes abordés étaient : le repérage et l'accompagnement du patient, l'évolution de l'addictologie, les pistes d'améliorations.

Le recueil des données s'est déroulé de juin 2018 à janvier 2020.

Pour réaliser les entretiens, l'enquêteur s'est déplacé selon les disponibilités du médecin généraliste et directement à son cabinet.

Les médecins interrogés signaient le formulaire de consentement avant le début de l'entretien. (annexe 4)

V - Analyse des données

Les entretiens étaient rapidement retranscrits sous forme de « verbatim » (reproduction intégrale des propos prononcés par l'interviewé) sur le logiciel Microsoft Word® sur Mac. Les données de communication non verbale (silence, étonnement, rires, ...) étaient également retranscrites.

Cette retranscription était anonymisée, chaque médecin interrogé était représenté par la lettre M suivi d'un numéro correspondant à l'ordre des entretiens. Les fichiers audio étaient détruits à la fin de cette étape.

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel NVivo 12® pour Mac. La première étape était celle du codage ouvert, permettant de rassembler les données en sous-catégories. Un codage des trois premiers entretiens a été réalisé indépendamment par une personne extérieure, permettant ainsi une triangulation des données.

La deuxième étape consistait en une analyse thématique via un codage axial, regroupant ainsi les sous-catégories en catégories.

VI - Bibliographie

La recherche bibliographique a été réalisée grâce à GoogleScholar®, Sudoc® et Pubmed®.

La compilation des références a été effectuée avec le logiciel Zotero®.

VII - Ethique

Le protocole de recherche a été approuvé par le Comité Interne d’Ethique de la Recherche médicale (CIER) du Groupement des Hôpitaux de l’Institut Catholique de Lille (GHICL).

Une déclaration a été effectuée auprès de la Commission Nationale de l’Informatique et des Libertés (CNIL).

Résultats

I - Caractéristiques de l'échantillon

Les médecins généralistes interrogés étaient au nombre de douze, tous installés.

Il y avait cinq femmes et sept hommes. Six des médecins avaient des compétences particulières en addictologie. La moyenne d'âge était de 50 ans.

Trois d'entre eux travaillaient en cabinet individuel, les autres en cabinet de groupe.

Les lieux d'exercice étaient majoritairement urbains.

Les douze entretiens ont été réalisés sur le lieu de travail des médecins, dans leur cabinet.

La durée moyenne de ceux-ci était de 27 minutes.

	<u>Sexe</u>	<u>Age</u>	<u>Nombre d'années d'installation</u>	<u>Cabinet</u>	<u>Lieu D'exercice</u>	<u>Formation en addictologie</u>
M1	H	66	39	Seul	Urbain	Formation continue en addictologie , exerce en CSAPA
M2	H	57	30	Groupe	Semi rural	NON
M3	F	29	1	Groupe	Urbain	NON
M4	H	39	11	Groupe	Urbain	NON
M5	F	47	21	Groupe	Urbain	A participé aux cours de CAPA d'addictologie
M6	F	59	15	Groupe	Urbain	NON
M7	H	58	29	Seul	Urbain	DU d'addictologie Exerce en CSAPA et service d'addictologie
M8	F	31	0,5	Groupe	Urbain	NON
M9	H	64	36	Groupe	Urbain	Référent pôle d'intervisions
M10	H	47	15	Seul	Urbain	Formation personnelle en addictologie
M11	H	65	30	Groupe	Semi Rural	Chef de service en CSAPA
M12	F	53	23	Groupe	Rural	NON

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins interrogés

II – Repérage du patient présentant un TUA

A- Repérage systématique

Le repérage précoce systématique était une méthode connue de certains des médecins généralistes interrogés.

M1 : « Pour nous, il y a une chose qui doit revenir quasiment systématiquement, c'est la question de l'intervention brève et du repérage précoce. »

M7 : « Je les repère en posant la question systématiquement. »

M3 : « C'est bien de poser la question au premier contact mais il ne faut pas hésiter à revenir dessus. »

Certains trouvaient cette méthode efficace.

M4 : « Un dépistage neutre et systématique ça marche bien... je trouve qu'on a de bons résultats mais j'ai aussi un gros biais de sélection, j'ai perdu énormément de patients en dépistant cela. »

D'autres avaient du mal à le mettre en place.

M12 : « Le RPIB n'est pas systématique pour moi. »

M8 : « Avec un nouveau patient, ce n'est pas forcément une question que je pose les premières fois qu'il vient au cabinet. »

B- Repérage clinique

Pour certains médecins interrogés, le repérage de ces patients s'appuyait sur des signes physiques ou sur une attitude.

M2 : « Je les repère visuellement ... aux tronches !! Prise de poids, visage un peu rouge, tremblements, patient un peu énervé, enfin ça se voit ... »

M4 : « Par signes cliniques j'entends les changements au niveau du faciès, l'apparition d'une érythrose, ou au niveau des mains... Je trouve que l'on passe rarement à côté. C'est rare que l'on se trompe... cliniquement quelqu'un qui boit beaucoup, au niveau des yeux, au niveau du visage il y a souvent quelque chose. »

C- Repérage par le biais d'examens

D'autres médecins s'appuyaient sur la découverte d'anomalies au niveau des examens, notamment sur une biologie avec l'augmentation du VGM, des transaminases ou des GGT.

M5 : « Le bilan sanguin peut nous aider à aborder le sujet quand on a des petites choses comme une élévation des transaminases. »

M11 : « (...) soit parce que leur bilan biologique n'est pas bon. »

D- Repérage par l'intermédiaire de l'entourage

La demande d'aide ou un témoignage de la part d'un proche concernant les consommations d'un patient pouvaient être le point de départ du repérage.

M8 : « On peut le savoir par l'intermédiaire de proches qui nous parlent de certaines consommations qui peuvent leur paraître anormales, chez un papa, une maman, un mari, une femme. »

M12 : « soit la famille en parle car elle se sent démunie »

E- Questionnaires

Les questionnaires validés pour repérer un trouble de l'usage d'alcool n'étaient pas utilisés en pratique par les médecins généralistes,

M9 : « J'utilise les questionnaires uniquement dans le cadre de travaux de recherche mais pas dans le cadre de la pratique quotidienne »

M3 : « L'alcool pour moi, c'est une question brève. Il faut que le dépistage soit rapide. C'est juste dire : « est-ce que vous consommez de l'alcool ? oui ? non ? tous les jours ? oui ? non ? Quand il y a des jours où vous ne consommez pas est-ce que vous ne vous sentez pas bien ? oui ? non ? »

sauf s'ils étaient présents dans leur logiciel informatique.

M2 : « Je commence à utiliser un questionnaire, le FACE, car mon logiciel médical a mis au point un onglet spécial depuis la dernière mise à jour il y a 2 ou 3 mois »

M4 : « Si quelqu'un me dit qu'il consomme de l'alcool, je fais mes catégories grâce à mon logiciel »

F- Outil d'aide au RPIB

Aucun médecin interrogé n'a évoqué la fiche mémo de l'HAS.

G- Intervention brève

L'intervention brève permettait au praticien d'évaluer la consommation, d'informer le patient et de lui laisser une porte ouverte pour la suite.

M3 : « Au moins on a abordé le sujet. Ils savent qu'ils peuvent revenir. C'est le principe d'ouvrir des portes, puis on voit si ils accrochent ou pas. C'est comme ça que je le vois. »

M7 : « On leur dit « Mais sachez que si un jour vous avez besoin d'aide, n'hésitez pas, on peut en discuter, on peut évaluer, et puis adapter l'aide si vous le souhaitez. »

La répétition dans le temps de cette méthode semblait augmenter son efficacité.

M4 : « Avec le temps, le dépistage précoce et la répétition des interventions brèves, c'est assez étonnant mais il y a des gens il leur faut un an et demi, mais en un an et demi, chose qu'on croyait impossible bah ils ont arrêté. Ça c'est vraiment assez surprenant ! »

M12 : « Il faut réaborder le sujet pour que ce soit plus efficace. »

III - Evolution de l'addictologie

A- Changement de paradigme

a) L'abstinence complète et définitive

L'abstinence a longtemps été perçue comme une option unique et une prescription de la part du soignant

M7 : « Bah ... on a passé des décennies à transformer les gens (...) à vouloir en faire tous des abstinents ! »

M3 : « En alcoologie au début c'était alcool ou pas alcool mais pas entre les 2 ou « si vous faites ça, vous allez rechuter, replonger ». »

à priori définitive.

M3 : « Je suis de l'ancienne école, quand on disait j'arrête l'alcool, c'était à vie quand on était dépendant... »

b) Rejet des anciennes méthodes

Les anciennes méthodes étaient jugées inadaptées par les praticiens.

M7 : « c'est vrai qu'on est sorti du discours abstinentiel, qui était d'une violence et qui était inadapté aux besoins de la profession (...) Et puis...on a réalisé que parfois le mieux était l'ennemi du bien, vouloir coûte que coûte les guérir de l'alcool en les rendant abstinents, on en laissait beaucoup sur le carreau ! »

Le médecin avait un rôle nouveau, celui d'accompagner le patient en le laissant libre de ses choix, avec empathie et bienveillance.

M1 : « Notre rôle est vraiment accompagner plutôt que de prendre en charge (...) on n'est plus du tout dans la répression. »

M5 : « La gestion des risques est pour nous une possibilité d'aborder la problématique d'une façon moins brute. D'être moins directif, d'être moins incisif. »

M9 : « À partir du moment où les patients comprennent bien qu'on est dans le soin et pas du tout dans le jugement, y'a plus de problème. Faut simplement que le médecin soit clair, par rapport à lui-même. »

c) Réduction des risques et des dommages

Cette démarche était une approche justifiée en médecine générale pour les médecins interrogés.

M5 : « La réduction des risques, je crois que ça s'impose à l'heure actuelle. »

M9 : « Chez l'ensemble de nos patients chroniques en médecine générale on réduit les risques. L'essence même de notre travail dans la pathologie chronique, c'est de réduire les risques.

Elle ne devait pas être vécue comme un échec.

M7 : « La réduction des risques, c'est pas un renoncement. C'est d'un seul coup éloigner le patient du ravin, ça vaut le coup d'en faire globalement. »

Des médecins interrogés associaient cette notion de réduction des risques à une modification quantitative des consommations.

M4 : « Dans la réduction des risques, j'essaye de travailler avec le patient pour qu'il passe en dessous du seuil des consommations, de voir comment faire pour être à trois puis deux unités par jour, d'instaurer une journée d'abstinence puis deux. »

M7 : « Passer de 15 verres par jour à 12, c'est énorme en terme de réduction de risque, des études nous le démontrent »

Cette réduction des risques passait aussi par des modifications comportementales.

M9 : « la prise de conscience du rôle du produit et de la contextualisation dans lequel ce produit est utilisé va amener à des réflexions différentes sur les comportements sous-jacents à cette prise de produit »

« Le changement de comportement va être que quand la personne sent le craving qui apparaît elle soit capable de trouver les comportements d'évitement qui vont lui permettre de penser à autre chose plutôt que de lutter contre le craving, d'aller vers une occupation haute qui va lui faire oublier son craving. »

L'éducation thérapeutique du patient sur ses consommations et sur ses modes et contexte de consommation semblait être le point principal de cette réduction des risques et des dommages.

M2 : « J'essaye déjà de les éclairer, je prends le temps de leur expliquer ce que comporte un verre d'alcool et d'analyser leur consommation quotidienne, je fais de la pédagogie. »

M11 : « C'est plus un côté éducation du patient par rapport à sa consommation qu'autre chose »

M9 : « Le vrai travail est un travail éducatif sur des comportements dans lesquels le produit a un sens. »

B- Changement de classification

a) Utilisation des classifications

Les médecins généralistes interrogés n'adhéraient pas aux classifications en addictologie, ni de manière générale.

M3 : « Oui, alors les classifications, je n'aime pas des masses... »

M5 : « Je ne suis pas fanatique des classifications. J'aime pas, c'est un reproche que je fais dans la médecine que j'exerce actuellement il faut tout scorer. Il faut faire rentrer les gens dans les cases et je n'aime pas cela. »

Ils n'en voyaient pas l'intérêt en médecine de ville.

M2 : « Je ne connais pas du tout les classifications, ma notion de dépendance est beaucoup plus intuitive...je n'utilise pas du tout les classifications dans mon quotidien. »

M3 : « Après le fait de classifier son trouble je n'ai pas l'impression que ce soit utile dans mon cabinet... »

M10 : « Moi j'en suis à l'évaluation de la consommation et de la façon dont les gens consomment pour voir si c'est mésusage, usage abusif ou dépendant, j'en suis encore là... Mais cela ne change pas grand-chose à la prise en charge finalement...»

b) DSM-5

La nouvelle classification des troubles de l'usage d'alcool du DSM-5 n'était pas connue de la plupart des praticiens interrogés, et si elle était connue elle n'était pas utilisée.

M2 : « Ça ne me parle pas du tout ... »

M10 : « Le DSM-IV je l'utilisais déjà pas beaucoup, et puis on s'en moque un petit peu, parce que dans quelques années on aura le DSM-6I ... »

M6 : « J'en ai entendu parler mais je ne la connais pas, ce changement n'a pas du tout d'impact dans ma pratique... »

Le DSM-5 était critiqué par une des personnes interrogées. Celle-ci trouvait que la disparition de la notion de dépendance était une erreur, que le DSM-5 n'était pas adapté à tous les types de consommations et remettait en cause son élaboration.

M7 : « Toujours est-il que le DSM-5 ne parle plus de dépendance, ça c'est une catastrophe, car il y a des réelles différences entre « je bois 10 verres d'alcool par jour mais j'arrive encore le samedi en me gendarmant à ne pas boire parce que ma femme est là et je fais gaffe devant elle » et puis le gars qui se réveille, qui tremble et a besoin de se recharger en alcool. »

M7 : « Et puis que faire des gens qui s'alcoolisent le week-end mais ne boivent pas la semaine...ça le DSM ne sait pas trop quoi en faire, ça prouve qu'il n'a pas été fait assez sérieusement à mon avis... »

« Euh ... alors c'est énervant car elle a été faite pour les labos, pour qu'ils puissent mieux démontrer leur efficacité de leur bon médicament. Donc ça c'est gonflant. »

Un autre participant de l'étude trouvait que cette classification était plutôt de l'ordre de la pharmaco-neurologie.

M9 : « Le DSM-5 définit la dépendance sur trois niveaux différents et inclut la notion de craving. On est vraiment dans le domaine euhhh ... on est en avant car le projet de soin ne va pas être le même en fonction du type de dépendance, on est quand même dans de la pharmaco-neurologie finalement. »

« En tant que généraliste, c'est surtout au niveau de l'éducation que les choses vont changer. »

IV - Conditions d'un bon accompagnement en médecine de ville

Les médecins interrogés ont énuméré plusieurs conditions nécessaires au bon accompagnement des patients présentant un trouble de l'usage d'alcool en médecine générale.

A- Absence de jugement

Le médecin devait adopter une attitude empathique avec ses patients et s'abstenir de tout jugement.

M1 : « C'est fini ça. Il n'y a pas de jugement. On est dans l'empathie. »

M2 : « Faut essayer de trouver des solutions ensemble, si on attaque la consultation en réprimandant de suite, on ne s'en sort pas... »

M9 : « Chez les patients qui sont suivis depuis longtemps, comme la relation est empathique, aborder le problème de l'alcool se fait sans problème dans la mesure où c'est une approche médicale et non une approche sociale et stigmatisante. »

B- Alliance thérapeutique

Une relation particulière entre le praticien et le patient basée sur la bienveillance, la confiance et l'écoute était nécessaire à l'accompagnement.

M1 : « Il faut vraiment que... que ce soit une forte relation de confiance, d'écoute. »

M11 : « En même temps, le fait d'être médecin de famille, il y a aussi une relation dans la durée et une confiance qui peut faciliter l'accompagnement.»

C- Le patient acteur de sa démarche

Cette méthode encourageait l'autonomie du patient, c'est lui qui prenait les décisions.

M5 : « C'est pas nous, c'est pas le médecin, c'est le patient qui décide. Ce sont eux qui décident, et nous, on accompagne, on chemine ensemble. »

« Je pense que encore une fois, on replace le patient au milieu, c'est lui qui nous dit ce qu'il a envie de faire, c'est lui qui nous dit « moi j'aimerais essayer » et c'est à nous de dire « on va voir ce qu'on peut faire ensemble » et ça marche ou ça ne marche pas. »

M4 : « Il faut plutôt impliquer les gens dans un changement. »

Le médecin devait veiller à ne pas s'imposer.

M2 : « Cela nécessite de pas vouloir transposer des solutions qui sont bonnes pour nous sur les autres. »

M1 : « Je crois qu'il faut arrêter de dire : « Moi je détiens la vérité et vous allez obéir à ce que je vous dis. » .»

D- Une approche personnalisée

L'accompagnement était différent pour chacun, il devait s'adapter à chaque patient selon ses besoins, ses envies, ses ressources.

M10 : « Il n'y a pas de schéma défini, ça s'adapte à chacun. »

M5 : « ... Si ils ont des envies, qu'est-ce qu'il peuvent mettre en place, on en discute, on y réfléchit ensemble. On s'adapte à ce qu'ils veulent. »

E- Gestion du temps et suivi régulier

L'accompagnement des patients présentant un TUA était décrit comme long et nécessitant un suivi régulier.

M9 : « L'accompagnement, on sait pas sur quel chemin on s'engage, tout ce qu'on sait c'est qu'on s'engage pour longtemps. »

M3 : « C'est du suivi hebdomadaire, ou tous les 15 jours. »

Le praticien comme le patient devaient être disponibles.

M5 : « Il faut du temps, dans les deux sens, il faut être disponible en tant que médecin, si ça ne va pas.

F- Savoir passer la main

Les praticiens devaient orienter rapidement leur patient vers des spécialistes ou des réseaux de soins dès que l'accompagnement dépassait leurs capacités, afin de ne pas perdre l'adhésion du patient.

M1 : « en disant bon on va voir un petit peu où on va aller ensemble avant de passer la main si cela est trop dur à prendre en charge. »

M5 : « Il faut leur dire « je vois que vous avez besoin d'aide, je comprends, mais je ne suis pas capable de vous accompagner, cela dépasse mes capacités » et les orienter rapidement. »

Tous les médecins interrogés ont évoqué les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).

M8 : « Moi j'hésite pas à envoyer le patient chez un addictologue dans les CSAPA quand je sens que le problème est ... que l'accompagnement par un médecin traitant ne sera pas suffisant. »

M10 : « J'utilise les CSAPA essentiellement. »

G- Réunir les différents intervenants

Un seul des médecins interrogés a évoqué les intervisions, qui sont des réunions d'accompagnement pendant lesquelles les différents intervenants autour d'un cas sont présents et discutent des différentes choses à mettre en place au niveau médical mais aussi psycho-social. Le patient n'est pas présent lors de cette rencontre mais il donne son accord.

M9 : « On essaye effectivement de mettre du lien, et quand il y a plusieurs intervenants sur des cas relativement complexes, il y a des réunions d'intervision, qui se font avec l'accord du patient. Et donc on se réunit, chacun donne la vision qu'il a du patient, que ce soit le professionnel de santé, le responsable logement... Un éducateur va devenir son référent, tout le monde sait qui c'est, il accompagne le patient dans ses démarches. Trois mois plus tard on refait le point, pour savoir si les objectifs sont atteints. »

V – Améliorer cet accompagnement en médecine générale

Les médecins interrogés ont cité plusieurs pistes pour améliorer l'accompagnement des patients présentant un TUA en médecine de ville.

A - Consultation dédiée avec cotation particulière

Un bon accompagnement prend du temps. Certains médecins évoquaient la mise en place d'une cotation particulière ajoutée à l'acte de la consultation simple de médecine générale. Celle-ci justifierait le temps passé avec le patient.

M7 : « Je pense que si on faisait un acte spécifique qui permettrait de coter à au moins le double d'une consultation de médecine générale, ce serait une reconnaissance et ça valoriserait ceux qui consacrent du temps à ces problèmes de santé très fréquents. »

M5 : « Il faudrait qu'il y ait une consultation dédiée avec une rémunération CCAM, qu'on puisse se dire : là on prend le temps, qu'on puisse bloquer une heure. »

B - Resserrer les liens avec les spécialistes

Les médecins souhaitaient améliorer la communication avec les spécialistes, et surtout obtenir un retour après la consultation.

M5 : « Après l'hospitalisation, on reçoit les courriers parfois dans un délai de trois semaines, mais pour une consultation, nous n'en recevons pas forcément .. »

M8 : « En améliorant la coordination et la communication avec les CSAPA, qu'on ait un retour des CSAPA, par appel ou courrier, ça pourrait être intéressant. »

M5 : « C'est vrai qu'on bosse avec le CMP, avec les CSAPA, mais au final le lien n'est pas si resserré et que ça. »

Ils voulaient faciliter l'accès à certaines structures comme les post-cures.

M4 : « Les coordinations avec les post-cures sont parfois compliquées, et si elles ne suivent pas directement les hospitalisations c'est difficile ... »

M7 : « Ce serait mieux d'avoir plus de post-cures dans le coin, plus proches, on n'en a pas beaucoup (...) On devrait optimiser les hôpitaux de jour addicto. On en a un peu, mais beaucoup plus de patients pourraient en être redevables, et de proximité. »

C- Formation en 3^e cycle d'étude médicale

Un des médecins interrogés proposait un passage de quelques jours dans un CSAPA lors du stage ambulatoire pendant l'internat de médecine générale.

M1 : « ... ne serait-ce qu'une ouverture à l'addictologie de façon beaucoup plus facile, quitte à faire un mini stage dans un CSAPA ou des trucs comme ça, car pour moi il y a beaucoup de choses à apprendre et c'est du domaine de la médecine générale, ce n'est pas un domaine particulier. »

Cela permettrait aux étudiants d'avoir un contact de médecine de ville avec ce domaine. Les internes sortant de stage hospitalier semblaient associer l'addictologie à une discipline donnant peu de résultats positifs.

M9 : « Si j'arrive à faire passer à mes internes l'idée que prendre en charge quelqu'un qui a des addictions est souvent plus efficace en réduction de risque que n'importe quelle pathologie. Si j'arrive à pérenniser ça chez mes internes, qu'on peut arriver à des résultats, et si je peux arriver à supprimer chez eux cette stigmatisation qu'on voit souvent en milieu hospitalier ... »

D- Faciliter le suivi psychologique

Le remboursement des consultations de suivi par les psychologues en ville permettrait de débloquer certaines situations.

M7 : « Alors, à quand le remboursement des entretiens psycho en ville ? ça serait quand même mieux que la sécu investisse dans le remboursement des entretiens psycho... Ça nous servirait dans la dépression, dans l'alcool... »

M11 : « Je pense que le soutien et l'accompagnement psychologique par un psychologue et en particulier la gestion des émotions c'est quelque chose qui est très important, qu'on utilise beaucoup dans les CSAPA et qui pour moi pourrait parfaitement être fait en ville et avec un vrai profit pour les patients. »

M3 : « Ça, je pense que c'est le frein principal, c'est ça, c'est le fait qu'on n'ait jamais accès aux psychologues, les psychologues sont hyper chers, un bon psy parfois ça les aiderait vachement et ça permettrait de sortir de pas mal de situations, où il y a de la dépendance. »

E- Promouvoir les réunions pluridisciplinaires et les intervisions

Les réunions pluridisciplinaires et les intervisions pour les cas plus complexes semblaient faciliter l'accompagnement médico-psycho-social des patients présentant un TUA en ville.

M9 : « Si pour les patients très complexes on arrive à pérenniser les intervisions, à pérenniser les financements, et ces rencontres entre les différents acteurs sociaux et de santé, ce serait déjà très bien. »

F- Travailler avec les équipes mobiles

Disposer d'équipes mobiles semblait favoriser l'adhésion de certains patients réticents à l'idée de se rendre en consultation d'addictologie et permettait de prendre plus facilement des nouvelles du patient.

M12 : « A une époque je travaillais avec une association qui se déplaçait sur le secteur, qui nous permettait de gérer ensemble le problème, ce qui était plus simple que d'aller en addicto ... »

M8 : « Après je sais qu'il existe des réseaux qui se déplacent des fois chez les gens, c'est intéressant, avoir recours avec équipe mobile pour se rendre au domicile du patient et pouvoir communiquer avec eux pour avoir des nouvelles, c'est pratique.»

G- Mieux informer les médecins généralistes

Les médecins évoquaient le manque d'information concernant les réseaux disponibles en addictologie. La plupart ignoraient la possibilité pour tout médecin généraliste ou tout autre intervenant (pharmacien, intervenant social, ...) de réaliser une intervention pour un cas. Ils souhaitaient que les réseaux de proximité se présentent.

M5 : Je trouve aussi que l'on manque d'information, il faut savoir quels sont les réseaux de soins, il faut qu'ils nous contactent, je pense qu'on peut améliorer, c'est une question de volonté, il faut simplement se donner les moyens.

M2 : « Je sais, ça paraît con... mais si on a un réseau de proximité qui est là et que les gens viennent se présenter, on peut faire des réunions régulières pour faire des mises au point sur les patients, d'abord on se connaîtrait et on pourrait plus facilement appeler. On aurait plus le réflexe... »

H- Revoir la communication au niveau national

La population générale semblait mal informée sur les risques et les dommages de l'alcool contrairement à une autre substance qu'est le tabac. Pour certains médecins interrogés, la communication sur le sujet au niveau national devrait être réévaluée.

M7 : « Je pense que niveau de la population il faudrait mieux informer. Des campagnes « un verre ça va trois verres c'est trop », ça ne veut rien dire, elles sont mensongères. »

M5 : « Autant, sur le tabac, on le sait que c'est pas bon, que quand on fume on prend un risque. Sur l'alcool on n'y est pas encore. Les gens n'intègrent pas le message, il n'est toujours pas passé. »

I- Soutenir l'entourage du patient

L'accompagnement des aidants était souvent mis de côté alors qu'il paraissait primordial. En effet, l'entourage avait tendance à culpabiliser vis-à-vis de la situation et ignorait comment se positionner lors de l'accompagnement.

Les aidants devraient, après accord du patient, être mieux informés par les praticiens.

M11 : « Cette prise en charge est aussi familiale, il faut penser à l'entourage. »

M7 : « Ça serait bien si la médecine générale montrait aussi qu'elle a une capacité et une envie d'aider les accompagnants. Pour leur expliquer, les déculpabiliser. Leur dire que ça va être plus compliqué que ce qu'ils croient que c'est un long parcours, qu'ils ne doivent pas se décourager, qu'il faut se protéger. Y'a du boulot à faire auprès des familles. C'est à optimiser je trouve qu'on le fait pas assez globalement. »

Discussion

I - Forces de l'étude

A- Intérêt de la méthode qualitative

Issue des sciences humaines et sociales, l'approche qualitative était la meilleure méthodologie possible. En effet ce type d'étude permet d'explorer le vécu et les comportements des individus, mais aussi de détecter des besoins, cerner des phénomènes et améliorer le fonctionnement de certains protocoles. (25) (26)

B- Recueil des données

Les entretiens semi-dirigés réalisés dans cette étude ont été menés à partir d'un guide d'entretien composé de six questions ouvertes. Celui-ci a été modifié au fil des entretiens. Des questions de relance ont été utilisées, il s'agissait également de questions ouvertes et larges pour éviter d'orienter les réponses.

La durée des entretiens était variable avec une moyenne de 27 minutes. L'ordre des questions était souple. De plus, les entretiens étaient enregistrés, ce qui permettait à l'investigateur de ne pas se soucier d'une prise de note, il était totalement disponible pour l'interviewé. Ces entretiens permettaient donc de laisser libre cours à la pensée des médecins et d'élargir ainsi les thèmes explorés.

C- Recrutement des médecins

Le recrutement des médecins interrogés permettait d'obtenir une variation maximale de l'échantillon : absence de critère d'exclusion, âge variant de 29 à 66 ans, sept hommes et cinq femmes, la moitié avait une compétence en addictologie, le nombre d'années d'installation variait de 1 à 39 ans, certains exerçaient seuls d'autres en cabinet de groupe. Les lieux d'exercice étaient par contre majoritairement urbains.

D- Analyse des données

Chaque retranscription avait lieu directement après l'entretien, ce qui permettait d'y inclure plus facilement le non-verbal. Le codage était réalisé rapidement et le guide d'entretien était ainsi adapté avant le rendez-vous suivant.

Les données ont été codées via le logiciel NVivo12® pour Mac. Un double codage a été réalisé pour les trois premiers entretiens par une personne extérieure.

Cette triangulation des données permettait de limiter le biais d'interprétation presque inévitable en analyse qualitative.

E- Saturation des données

La saturation des données a été atteinte au dixième entretien, deux entretiens supplémentaires ont été réalisés.

II – Limites de l'étude

A- Limite liée à l'investigateur

Une des limites était liée à l'investigateur. En effet, il s'agissait de la première étude qualitative pour celui-ci. La méthode de l'interrogatoire semi-directif étant spécifique, des compétences particulières étaient nécessaires pour obtenir des réponses de qualité. La manière de mener les entretiens n'était probablement pas optimale lors des premiers rendez-vous.

B- Réalisation des entretiens

Un biais externe lors du recueil des données était le choix du lieu d'entretien. En effet, les entretiens avaient lieu au cabinet des médecins interrogés, à leur demande et des interruptions répétées ont été notées dans plusieurs d'entre eux (appels téléphoniques, visite imprévue d'un patient, ...).

C- Durée de l'étude

Le recueil des données a été long, il s'est déroulé de juin 2018 à janvier 2020.

Les recommandations concernant les nouveaux repères de consommation ont été introduites par Santé Publique France en 2019, pendant l'étude.

III – Discussion des principaux résultats

A- RPIB

a) Repérage

Dans notre étude, le repérage systématique semblait être connu des médecins. Par contre, la notion de repérage précoce ne semblait pas être intégrée par tous. En effet, certains déclaraient n'aborder la question qu'en présence de marqueurs biologiques spécifiques, de signes d'imprégnation physique, de comportements particuliers ou après témoignage de l'entourage. On parle alors plutôt de repérage opportuniste.

Des études ont montré que le repérage des problèmes liés à l'alcool n'était pas réalisé en routine en médecine générale. (27)(28)

En France, selon une étude réalisée en 2009 par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) environ 70% des médecins généralistes déclaraient n'aborder la question « alcool » que pour certains patients jugés à risque. (29)

En effet, cette méthode de repérage précoce s'écarte du raisonnement habituel en médecine : signes cliniques – diagnostic – traitement. Il s'agit ici de dépister et d'agir avant l'apparition de signes cliniques ou de modifications comportementales, on est dans une stratégie qui se situe entre la prévention et le soin.

Ce repérage précoce par les médecins généralistes devrait pourtant faire partie intégrante des pratiques cliniques, que ce soit lors d'une première consultation avec un patient ou lors des consultations ultérieures avec celui-ci. La littérature montre que les patients estiment normal que leur médecin généraliste repère les consommations à risque. (30,31)

Les données du repérage doivent être notées et actualisées régulièrement car la consommation d'alcool est une donnée évolutive dans le temps. (15)

Des marqueurs biologiques ont été cités pour repérer des patients présentant un TUA mais ceux-ci ne sont pas performants : les faux négatifs ou faux positifs sont trop nombreux. (32) Au Royaume-Uni en 2006, une étude a montré que les tests biologiques présentaient des sensibilités très faibles et étaient moins efficaces que le questionnaire AUDIT. (33) (annexe 5)

b) Questionnaires

Les questionnaires validés pour repérer un TUA n'étaient pas utilisés en pratique par les médecins interrogés sauf si ceux-ci étaient pré-enregistrés dans leur logiciel médical.

Dans l'étude de l'INPES datant de 2009, seulement 12,9% des médecins déclaraient avoir recours à des questionnaires standardisés pour repérer un TUA. (29)

Cette pratique s'avérait plus fréquente parmi les médecins qui appartenait à un réseau d'addictologie, ce qui n'était pas le cas dans notre étude. (27)

Dans une étude plus récente publiée en 2017, 91% des praticiens français interrogés n'utilisaient pas de test de dépistage du mésusage d'alcool, et s'ils en utilisaient un il s'agissait du questionnaire CAGE. (34) (annexe 6)

La sous-utilisation de ces outils est peut-être liée au temps qu'ils demandent, au caractère trop systématisé de ceux-ci, ou au manque d'uniformité dans les recommandations.

La SFA recommande d'inclure dans la discussion les trois questions du questionnaire AUDIT-c alors que l'HAS propose d'utiliser le questionnaire FACE. (35) (annexes 1,7)

c) Intervention brève

Les médecins généralistes de notre étude utilisaient pour certains la méthode de l'intervention brève et la trouvaient d'autant plus efficace qu'elle était répétée dans le temps.

La difficulté à résumer la littérature scientifique rapportant les effets des IB provient de la multitude de définitions de ces interventions dans différentes études.

De nombreuses études ont été réalisées à l'international. Une revue de la littérature réalisée en 2015 par Sabine Navarro dans le cadre de sa thèse de médecine a montré que l'intervention brève réalisée par le médecin généraliste suite à un dépistage permettait la réduction de la consommation d'alcool à risque ou excessive chez les hommes jusqu'à 2 ans après l'intervention. (35,36)

Son efficacité était vérifiée au sein de certaines populations à risque :

- Les étudiants (37,38)
- Les patients âgés de plus de 65 ans (39)

En revanche, elle n'était pas efficace chez les femmes ayant une consommation d'alcool à problème. (40)

En 2018, la révision de la méta-analyse Cochrane n'observait qu'une efficacité modeste de l'intervention brève en soins primaires sur la diminution de la CDA. (41)

Dans notre étude, la répétition dans le temps de cette méthode semblait augmenter son efficacité. Cette notion a également été retrouvée dans la littérature. (42,43)

En France, la seule étude réalisée en médecine générale, en 2002, n'a pas permis de conclure statistiquement à une efficacité. Il s'agissait d'une étude contrôlée randomisée dont l'objectif était d'évaluer l'efficacité d'une intervention brève auprès des consommateurs d'alcool à problème en France. On observait dans les 2 groupes une diminution de la CDA à un an, mais la différence n'était pas significative. Plusieurs biais ont cependant été identifiés (régression naturelle de la consommation d'alcool en France, biais de déclaration, modification de la représentativité des médecins témoins). (44)

Il serait intéressant de réaliser une nouvelle étude française pour refaire le point.

d) Fiche mémo HAS

La fiche mémo réalisée par l'HAS, censée être un outil d'aide au RPIB n'a pas été citée dans notre étude. (annexe 1)

Nous pouvons donc nous demander si celle-ci est connue des différents médecins généralistes, si sa diffusion a été efficace et si elle est adaptée à leur pratique.

Pourtant, la « part des patients médecin traitant consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier » est un indicateur de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) depuis 2016, mais celui-ci est déclaratif.

B- Evolution de l'addictologie

a) DSM-5

Les médecins interrogés ne trouvaient pas d'intérêt à l'utilisation de classifications en médecine générale. Ils ne connaissaient pas pour la majorité le DSM-5, et n'utilisaient donc pas le terme de « trouble de l'usage d'alcool ». Beaucoup utilisaient encore le terme « dépendant » faisant référence à la classification CIM 10.

La version française du DSM-5 a été éditée en 2015, aucune étude n'a été réalisée pour évaluer l'utilisation de cette nouvelle classification en médecine générale.

Des articles de revue ont cependant été publiés sur le sujet. Cette nouvelle classification dimensionnelle est destinée à rapprocher la nosographie psychiatrique de celle des autres domaines de la médecine. (45)

Les anciennes classifications étaient fondées sur des catégories et regroupaient parfois des patients très différents dans une même terminologie, ce qui a entraîné une homogénéisation de l'accompagnement sans tenir compte des spécificités de chaque patient. (46,47)

Cette nouvelle classification devrait permettre de repérer plus précocement les consommations problématiques, dès les premiers critères de TUA et de proposer un accompagnement adapté à chaque patient. (47)

Un médecin de l'étude trouvait qu'avec le DSM-5 le projet de soin du patient était plus adapté aux comportements développés par celui-ci autour du produit. Il trouvait que le changement était surtout basé sur l'éducation thérapeutique autour de la gestion du craving.

Cette classification a cependant été largement controversée, de nombreuses critiques ont vu le jour suite à sa parution. La crainte d'un surdiagnostic, un retentissement en terme de coût, et des liens avec l'industrie pharmaceutique ont été évoqués. (48,49)

Un des praticiens de notre étude remettait également en cause son élaboration et la trouvait inadaptée.

b) RdR

Dans notre étude, le changement de paradigme en addictologie était intégré par tous les médecins, ils pratiquaient tous la RdR, en proposant notamment un objectif de consommation contrôlée à leur patient. Ils rejetaient l'ancien modèle de prise en charge pour promouvoir l'accompagnement.

Le fait de proposer une consommation contrôlée au patient à la place d'une abstinence totale permettait d'obtenir une meilleure adhésion au projet de soin.

Dans des études américaines, le refus de l'abstinence était dans plus de 40% des cas le premier obstacle limitant l'accès aux soins rapporté par les personnes souffrant d'un TUA. (50)

Marlatt AG a montré dans plusieurs de ses études qu'il était possible de contrôler ses consommations et que des traitements visant la modération de la consommation peuvent être plus efficaces que des approches fondées exclusivement sur des objectifs d'abstinence. (21,51,52)

Différentes études ont montré que la réduction de la consommation d'alcool aboutit à une réduction du risque de mortalité. (53)

Une revue de la littérature réalisée en 2012 par Vernalde E. dans le cadre de sa thèse de psychiatrie a montré que le concept de RdR peinait à s'imposer en pratique. (54)

Il semblerait que ce concept ait été adopté par les médecins généralistes depuis.

C- Accompagnement

a) Relation médecin-malade

Dans notre étude, plusieurs conditions nécessaires au bon accompagnement du patient présentant un TUA ont été citées. Il est indispensable de placer le patient au centre des décisions, c'est la démarche centrée sur le patient. L'HAS a publié en 2015 un document pour rappeler les différentes étapes de cette approche. (55)

Cette démarche s'appuie sur une relation de partenariat, d'alliance thérapeutique.

Elle est personnalisée et adaptée à chaque patient selon ses désirs.

Cette approche centrée patient a montré son efficacité sur les TUA. (56)

Il faut que le patient comme le praticien soit disponibles, ce qui n'est pas toujours facile en médecine générale. La consultation est courte, environ 15 minutes. Certains médecins ont évoqué une révision de la cotation, pour permettre au praticien de dégager plus de temps.

b) Réseaux et pluridisciplinarité

L'utilisation des réseaux de soins apparaissait nécessaire si l'accompagnement dépassait les capacités du praticien de ville. Des structures résidentielles ou ambulatoires existent et ont pour objectif de favoriser l'accès aux soins, la coordination et la continuité des soins.

Les CSAPA ont été cités par tous les participants de notre étude. Ils constituent un outil précieux en médecine générale mais restent souvent peu exploités. (57).

Dans sa thèse de médecine portant sur l'articulation entre la médecine de ville et les CSAPA, Dassonville A-F. a mis en évidence une sous-utilisation de ces dispositifs d'addictologie. (58)

Différents freins cités dans notre étude avaient également été évoqués : le manque d'information, le manque d'accessibilité et le manque de communication avec les structures.

Pourtant, une bonne collaboration entre les différents professionnels oriente vers un meilleur accès aux soins et à des taux d'abstinence plus élevés à six mois. (59)

Les intervisions ont été créées par une association appelée « G&T 59/62, Nouvelles pratiques en médecine générale ». Elles permettent l'accompagnement du patient dans sa globalité. Malheureusement, ces réunions pluridisciplinaires n'ont été citées que par un des médecins interrogés, qui est référent d'un pôle. Elles semblent être peu connues des médecins généralistes.

Dans sa thèse de médecine générale portant sur le ressenti des patients ayant bénéficié d'intervisions, Breucq S. a montré que ces réunions semblaient favoriser l'alliance thérapeutique et l'adhésion du patient au programme de soin. (60)

Il faudrait donc améliorer la communication auprès des médecins généralistes sur la possibilité de réaliser ces échanges de pratique, par présentation téléphonique ou physique, ou encore par la distribution d'un document explicatif.

En 2018, le nouveau projet régional de santé 2018-2028 adopté par l'Agence Régionale de Santé (ARS) a été annoncé. Une des priorités de ce Conseil Territorial de Santé (CTS) est d'optimiser la prévention et de mieux structurer les parcours de soins et d'accompagnement autour des addictions. L'articulation entre la psychiatrie, les acteurs sociaux et médico-sociaux était à améliorer : les équipes mobiles, les interventions, et les réseaux ont été cités. (61,62)

Cette priorité ne semble pas encore avoir porté ses fruits.

c) Formation

Un médecin a évoqué un passage en CSAPA lors du 3^e cycle d'études médicales, ce qui permettrait aux étudiants de découvrir cette discipline à laquelle ils risquent d'être confrontés régulièrement dans leur pratique.

En effet, les « situations de patients souffrant de problèmes d'addiction, de dépendance et de mésusage de substances psychoactives » font partie des situations prévalentes en médecine générale définies par le Collège Nationale des Généralistes Enseignants (CNGE), sur lesquelles l'interne peut être évalué. (63)

Dans ce sens, une étude réalisée par auto-questionnaire auprès des internes en fin de DES de médecine générale a été publiée en 2019. Celle-ci a montré que le taux des étudiants ayant des connaissances ou des raisonnements satisfaisants concernant des situations d'addiction était significativement lié à l'existence d'une formation spécifique en 3^e et à son obligation. (64)

Un des médecins a évoqué les représentations négatives des étudiants concernant l'addictologie. Plusieurs études ont montré que les représentations stigmatisantes existent déjà à la fin du 3^e cycle et que des formations peuvent les diminuer. (65)

Il serait donc intéressant d'inclure une formation courte théorique et pratique en addictologie obligatoire pendant l'internat, afin de mettre fin aux représentations négatives et d'améliorer le suivi des patients présentant un TUA.

Conclusion

Cette étude montre que les mesures mises en place pour promouvoir le RPIB auprès des médecins généralistes ne semblent pas suffisantes. La notion de repérage précoce est encore difficile à intégrer. Un travail d'information est à effectuer auprès des praticiens pour les sensibiliser à la spécificité de cette démarche. On pourrait également, pour toucher un maximum de patients, réfléchir à une stratégie de mise en œuvre du RPIB adressée à tous les professionnels en contact avec l'utilisateur.

L'apparition de la nouvelle classification du DSM-5 n'a pas eu d'impact sur la pratique des médecins généralistes, elle a même été critiquée. Par contre, le changement de paradigme a bien été intégré : la RdR s'est imposée comme un nouvel objectif qui semble efficace. L'accompagnement nécessite des conditions particulières qui ont été mises en évidence dans ce travail. Malheureusement, elles ne sont pas faciles à mettre en place en pratique en médecine de ville, de nombreux freins existent. Des pistes d'améliorations ont été citées : une notation particulière, le remboursement d'un suivi psychologique, un soutien de l'entourage, une formation en 3ème cycle, des réunions pluridisciplinaires.

Le nouveau schéma régional de santé propose d'« améliorer l'accès à la prévention et la prise en charge des conduites à risque et/ou addictives », notamment en améliorant la communication et l'articulation entre les acteurs. Cette priorité va dans le sens des suggestions faites par les médecins interrogés. Une première évaluation de ce projet mis en place depuis 2018 dans les Hauts-de-France sera réalisée au bout de 5 ans et permettra d'adapter les plans d'action de la région. (62)

Références bibliographiques

1. Richard J-B, Andler R, Cogordan C, Spilka S, Nguyen-Thanh V, et le groupe Baromètre de Santé Publique France 2017. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. Bull Epidemiol Hebd 2019. (5-6):89-97.
2. Bonaldi C, Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. Bull Epidemiol Hebd 2019. ((5-6)):97-108.
3. Ministère de l'intérieur. Bilan définitif de l'accidentalité routière 2017 [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/Archives/Archives-des-communiqués-de-presse/2018-Communiqués/Bilan-definitif-de-l-accidentalite-routiere-2017>
4. Inpes - Actualités 2012 - Grossesse et alcool [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2012/028-grossesse-alcool.asp>
5. Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Palle C. Alcool. In: Drogues et addictions, données essentielles. Saint-Denis La Plaine: Observatoire français des drogues et des toxicomanies; 2013. p. 204-13.
6. Cordogan C, Richard J, Andler R, Ancellin R, Deutsh A. Baromètre cancer 2015. Alcool et cancer. Comportements, opinions et perceptions des risques. [Internet]. Saint-Maurice : Santé publique France; 2018. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1855.pdf>
7. Inpes - Alcool, tabac et drogues illicites : Géographie des pratiques addictives en France [Internet]. 2013 [cité 4 août 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/cp/13/cp131107-pratiques-addictives.asp>
8. Santé Publique France. Consommation d'alcool dans la région Hauts-de-France [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/hauts-de-france/documents/bulletin-regional/2020/bulletin-de-sante-publique-alcool-dans-les-hauts-de-france.-janvier-2020>
9. Diaz-Gomez C, Cadet-Tairou A, Palle C, Gandilhon M. Addictions dans les Hauts-de-France Consommations de substances psychoactives et offre médicosociale. 2018.

10. Allen DJ, Heyrman PJ, Svab I, et al. La définition Européenne de la médecine générale - médecine de famille [Internet]. WONCA EUROPE; 2002. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
11. Skinner HA. Spectrum of drinkers and intervention opportunities. CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can. 15 nov 1990;143(10):1054-9.
12. Rapport d'élaboration: Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2014. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_delaboration_reperage_alcool_cannabis_tabac_-_rapport_delaboration.pdf
13. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues 2013-2017 [Internet]. Disponible sur: http://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan_gouvernemental_drogues_2013-2017_df.pdf
14. Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève: Alcool, cannabis, tabac chez l'adulte [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2014. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_rpib_v2.pdf
15. Société Française d'Alcoologie. Mésusage de l'alcool: dépistage, diagnostic et traitement. Recommandations de bonne pratique. Alcoologie Addictologie. 2015;37:5-84.
16. Santé Publique France, Institut national du cancer. Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. St Maurice Santé Publique Fr. 2017;149 p.
17. Andler R, Richard J, Cogordan C, Deschamps V, et al. Nouveau repère de consommation d'alcool et usage: résultats du Baromètre de Santé Publique France 2017. Bull Epidémiol Hebd 2019. (10-11):180-7.
18. Santé Publique France. Les actions de Santé publique France en prévention-promotion de la santé en matière alcool. In: Bulletin de Santé publique. Hauts-de-France; 2020. p. 2-3.
19. Brisson P, Québec (Province), Comité permanent de lutte à la toxicomanie. L'approche de réduction des méfaits: sources, situation, pratiques. Montréal: Comité permanent de la lutte à la toxicomanie; 1997.

20. Marlatt GA. Harm reduction: Come as you are. *Addict Behav.* nov 1996;21(6):779-88.
21. Marlatt GA, Witkiewitz K. Harm reduction approaches to alcohol use: Health promotion, prevention, and treatment. *Addict Behav.* 2002;27:867-86.
22. OMS. Critères d'usage nocif et de dépendance à une substance psychoactive et au tabac selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'OMS, 10e révision (CIM-10) [Internet]. 1996. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/annexe_criteres_cim-10_abus_dependance.pdf
23. American Psychiatric Association. Critères d'abus et de dépendance selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association américaine de psychiatrie (DSM-IV) [Internet]. 1994 [cité 12 août 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/annexe_criteres_dsm-iv_abus_dependance_sevrage.pdf
24. American psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Etats-Unis; 2013.
25. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer.* 2008;19(84):142-5.
26. Dumez H. Qu'est-ce que la recherche qualitative? *Libellio Aegis.* hiver 2011;7(4):47-58.
27. Beck F, Guignard R, Obradovic I, Gautier A, Karila L. Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique.* 1 oct 2011;59(5):285-94.
28. Mitchell AJ, Meader N, Bird V, Rizzo M. Clinical recognition and recording of alcohol disorders by clinicians in primary and secondary care: meta-analysis. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* août 2012;201:93-100.
29. Guignard R, Beck F, Obradovic I. Prise en charge des addictions par les médecins généralistes. In: *Baromètre santé médecins généralistes 2009.* Saint-Denis: INPES éd.; 2011.
30. O'Donnell A, Abidi L, Brown J, Karlsson N, Nilsen P, Roback K, et al. Beliefs and attitudes about addressing alcohol consumption in health care: a population survey in England. *BMC Public Health.* déc 2018;18(1):391.

31. Field CA, Klimas J, Barry J, Bury G, Keenan E, Smyth BP, et al. Problem alcohol use among problem drug users in primary care: a qualitative study of what patients think about screening and treatment. *BMC Fam Pract.* déc 2013;14(1):98.
32. Prescrire rédaction. Alcoolodépendance : avant le sevrage. Première partie : Reconnaître les patients alcoolodépendants pour les amener à se soigner. *Prescrire.* oct 2012;30(324):749-743.
33. Coulton S, Drummond C, James D, Godfrey C, Bland JM, Parrott S, et al. Opportunistic screening for alcohol use disorders in primary care: comparative study. *BMJ.* 4 mars 2006;332(7540):511-7.
34. Sebo P, Cerutti B, Fournier J-P, Rat C, Rougerie F, Senn N, et al. How do general practitioners put preventive care recommendations into practice? A cross-sectional study in Switzerland and France. *BMJ Open.* oct 2017;7(10):e017958.
35. Navarro S. Intervention brève en soins primaires auprès du patient à problème avec l'alcool: une revue systématique de la littérature. [Lyon]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2015.
36. Hilbink M, Voerman G, van Beurden I, Penninx B, Laurant M. A Randomized Controlled Trial of a Tailored Primary Care Program to Reverse Excessive Alcohol Consumption. *J Am Board Fam Med.* 1 sept 2012;25(5):712-22.
37. Fachini A, Aliane PP, Martinez EZ, Furtado EF. Efficacy of brief alcohol screening intervention for college students (BASICS): a meta-analysis of randomized controlled trials. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 12 sept 2012;7:40.
38. Schaus JF, Sole ML, McCoy TP, Mullett N, O'Brien MC. Alcohol Screening and Brief Intervention in a College Student Health Center: A Randomized Controlled Trial. *J Stud Alcohol Drugs Suppl.* juill 2009;(16):131-41.
39. Fleming MF, Manwell LB, Barry KL, Adams W, Stauffacher EA. Brief physician advice for alcohol problems in older adults: a randomized community-based trial. *J Fam Pract.* mai 1999;48(5):378-84.
40. Chang G, Fisher NDL, Hornstein MD, Jones JA, Hauke SH, Niamkey N, et al. Brief Intervention for Women with Risky Drinking and Medical Diagnoses: A Randomized Controlled Trial. *J Subst Abuse Treat.* sept 2011;41(2):105-14.
41. Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Drugs and Alcohol Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev.* 24 févr 2018;

42. Bradley KA, Williams EC. What Can General Medical Providers Do for Hospitalized Patients with Alcohol Dependence After Discharge? *J Gen Intern Med.* oct 2010;25(10):1000-2.
43. Glass JE, Andréasson S, Bradley KA, Finn SW, Williams EC, Bakshi A-S, et al. Rethinking alcohol interventions in health care: a thematic meeting of the International Network on Brief Interventions for Alcohol & Other Drugs (INEBRIA). *Addict Sci Clin Pract.* déc 2017;12(1):14.
44. Huas D, Pessione F, bouix J-L. Efficacité à un an d'une intervention brève auprès des consommateurs d'alcool à problème. *Rev Praticien Médecine Générale.* 2002;16(586):1343-8.
45. Kupfer DJ, Kuhl EA, Regier DA. DSM-5--the future arrived. *JAMA.* 24 avr 2013;309(16):1691-2.
46. Rolland B. Trouble de l'usage d'alcool: dépistage, évaluation et principes de prise en charge. *Lett Pharmacol.* 1 juin 2014;28:66-70.
47. Rolland B. Trouble de l'usage d'alcool : les nouvelles méthodes d'évaluation. *Lett Pharmacol.* 1 juin 2014;28:59-65.
48. Gornall J. DSM-5: a fatal diagnosis? *BMJ.* 22 mai 2013;346:f3256.
49. Watts G. Critics attack DSM-5 for overmedicalising normal human behaviour. *BMJ.* 10 févr 2012;344:e1020.
50. Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings. U.S. department of health and human services; 2013.
51. Marlatt GA, Larimer ME, Witkiewitz K. Harm Reduction, Second Edition: Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors. Guilford Press; 2011. 418 p.
52. Marlatt GA, Witkiewitz K. Update on harm-reduction policy and intervention research. *Annu Rev Clin Psychol.* 2010;6:591-606.
53. Rehm J, Roerecke M. Reduction of drinking in problem drinkers and all-cause mortality. *Alcohol Alcohol Oxf Oxf.* août 2013;48(4):509-13.
54. Vernalde E. Le concept de réduction des risques: quelles applications en alcoologie. [Lille]: Université du droit et de la santé; 2012.

55. HAS. Démarche centrée sur le patient [Internet]. 2015. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche_centree_patient_web.pdf
56. Barrio P, Gual A. Patient-centered care interventions for the management of alcohol use disorders: a systematic review of randomized controlled trials. *Patient Prefer Adherence*. sept 2016;Volume 10:1823-45.
57. Palle C, Rattanatrakulmalisa. Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2010. OFDT [Internet]. 2013. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2013/les-centres-de-soins-daccompagnement-et-de-prevention-en-addictologie-en-2010-juin-2013/>
58. Dassonville A-F. Mésusage d'alcool : Articulation entre médecins généralistes et Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA). [Lille]: Faculté de médecine Henri Warembourg; 2019.
59. Watkins KE, Ober AJ, Lamp K, Lind M, Setodji C, Osilla KC, et al. Collaborative Care for Opioid and Alcohol Use Disorders in Primary Care: The SUMMIT Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 1 oct 2017;177(10):1480.
60. Breucq S. Etude qualitative auprès de patients ayant bénéficié d'interventions mises en place par une association de médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais « G&T 59/62, Nouvelles Pratiques en Médecine générale ». [Lille]: Faculté de médecine Henri Warembourg; 2015.
61. Conseil Territoriale de Santé. Priorités de santé du territoire de démocratie sanitaire du Pas-de-Calais: [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2018-01/CTS_PasDeCalais.pdf
62. Agence Régionale de Santé. Schéma régional de santé 2018-2023 Projet régional des Hauts-de-France [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2018-07/MeP%20SRS-PRS%202018-2023%20%28DYNAMIQUE%29-BAT.pdf>
63. Attali C, Huez J, Valette T. Les grandes familles de situations cliniques. *Exercer*. 2013;(108):165-9.
64. Binder P, Brabant Y, Baque M. *Exercer*. mai 2019;153:231-7.

65. Livingston JD, Milne T, Fang ML, Amari E. The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review: Reducing substance use-related stigma. *Addiction*. janv 2012;107(1):39-50.

Annexes

Annexe 1 : Outil d'aide au RPIB de l'HAS

Annexe 2 : Campagne de prévention 2019

Annexe 3 : Guide d'entretien

Annexe 4 : Formulaire de consentement

Annexe 5 : Questionnaire AUDIT

Annexe 6 : Questionnaire CAGE / DETA

Annexe 7 : Questionnaire AUDIT-c

Annexe 1 : OUTIL D'AIDE AU RPIB DE L'HAS

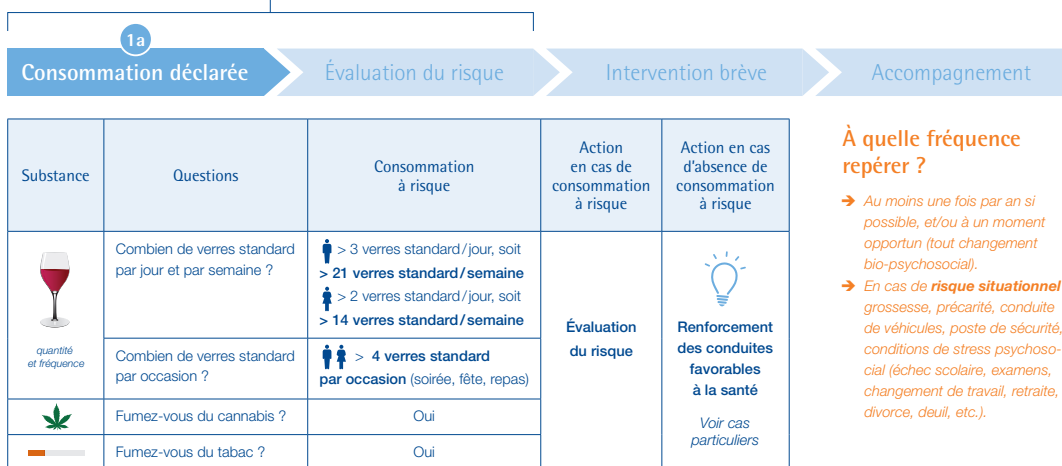


Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève

ALCOOL, CANNABIS, TABAC CHEZ L'ADULTE

Alcool, tabac et cannabis sont les 3 substances psychoactives les plus consommées en France. Le repérage précoce accompagné d'une intervention brève constitue une réponse individuelle à des consommations à risque de dommages physiques, psychiques ou sociaux.

REPÉRAGE PRÉCOCE



À quelle fréquence repérer ?

- Au moins une fois par an si possible, et/ou à un moment opportun (tout changement bio-psychosocial).
- En cas de **risque situationnel** : grossesse, précarité, conduite de véhicules, poste de sécurité, conditions de stress psychosocial (échec scolaire, examens, changement de travail, retraite, divorce, deuil, etc.).

Plus les consommations sont précoces, intenses, régulières, multiples et en solitaire et plus le risque de dommages augmente. De nombreux outils spécifiques sont disponibles sur les sites de l'Inpes et de la Fédération Addiction.

REPÉRAGE PRÉCOCE



Questionnaire FACE (Formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien)

- À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?
Jamais = 0 ; Une fois par mois ou moins = 1 ; Deux à 4 fois par mois = 2 ; Deux à 3 fois par semaine = 3 ; Quatre fois par semaine ou plus = 4 ; **Score :**
- Combien de verres standard buvez-vous, les jours 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 ; **Score :**
- Est-ce que votre entourage vous a fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**
- Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**
- Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**

Interprétation du score total : hommes (H) / femmes (F)
 Risque faible ou nul : H moins de 5 ; F moins de 4 : **renforcement des conduites favorables à la santé**
 Consommation excessive probable : H 5 à 8 ; F : 4 à 8 : **intervention brève**
 Dépendance probable : H et F plus de 8 : **proposer une consultation d'addictologie**

Pratiques à risque majorant les dommages

- Consommation épisodique massive (*binge drinking*, biture expresse, ivresse aiguë) : à partir de 6 verres standard (soit 60g d'alcool) par occasion.
- Association avec le cannabis ou d'autres substances psychoactives.

Zéro alcool chez la femme dès le projet de grossesse
 Inpes.fr



Verre standard = 10 grammes d'alcool pur soit :
 10 cl de vin à 12°, 25 cl de boissons à 5° (bière, sodas alcoolisés [alcools-prémix]), 7 cl de vin cuit à 18°, 3 cl d'alcool à 40° (whisky, pastis ou digestif).

Situations particulières entraînant une majoration du risque de dommages

- Toute consommation pendant la grossesse est à risque.
- Risque fœtal lié à la consommation d'alcool chez les femmes jeunes.
- Toute consommation régulière d'alcool en dessous de 25 ans est à risque.
- Interactions alcool-médicaments.
- Maladies chroniques et précautions par rapport à l'alcool.
- Consommation d'alcool par les patients âgés, affectés de troubles psychiatriques ou prenant des médicaments psychotropes.



Questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test)

1. Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?
2. Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?
3. Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?
4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?
5. Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?
6. Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école...) ?

Une réponse positive : information minimale sur les risques
 Deux réponses positives au test doivent amener à s'interroger sérieusement sur les conséquences de la consommation : intervention brève.
 Trois réponses positives ou plus doivent amener à proposer une consultation d'addictologie.



Questionnaire tabac « Fumez-vous du tabac ? »

Conseil d'arrêt

« Voulez-vous un dépliant/brochure, ou l'adresse d'un site concernant les risques de la consommation de tabac, les bénéfices de l'arrêt et les méthodes de sevrage ? »

Proposer un accompagnement

« Avez-vous déjà envisagé d'arrêter de fumer ? »
 « Voulez-vous qu'on prenne le temps d'en parler dans une prochaine consultation ? »

SI OUI

SI NON

« Avez-vous déjà fumé ? »

Si non, le patient n'a jamais fumé.

Si oui :

- « pendant combien de temps ? »

- « depuis quand avez-vous arrêté ? »



REPÉRAGE PRÉCOCE



Intervention brève concernant la réduction ou l'arrêt de consommation de substance(s) psychoactive(s)

- Restituer les **résultats des questionnaires** de consommation.
- **Inform**er sur les **risques** concernant la consommation de substance.
- **Évaluer avec le consommateur** ses **risques** personnels et situationnels.
- Identifier les représentations et les **attentes du consommateur**.
- **Échanger** sur l'intérêt personnel de l'arrêt ou de la réduction de la consommation.
- **Expliquer** les méthodes utilisables pour réduire ou arrêter sa consommation.
- **Proposer** des objectifs et laisser le choix.
- **Évaluer la motivation, le bon moment et la confiance** dans la réussite de la réduction ou de l'arrêt de la consommation.
- Donner la possibilité de réévaluer dans une **autre consultation**.
- Remettre une **brochure** ou orienter vers un **site**, une application, une association, un forum...



→ Adopter une **posture partenariale** favorisant la confiance et les échanges (alliance thérapeutique).

→ Échanger avec le consommateur sur sa **motivation**, sa **confiance** dans la réussite de réduction ou d'arrêt de sa consommation et déterminer si c'est le **bon moment**, grâce à **3 échelles** sur lesquelles il va se situer.

Motivation pour réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive



Le **bon moment** pour réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive



Confiance dans la réussite du projet de réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive



REPÉRAGE PRÉCOCE



Accompagnement des consommateurs

Les professionnels de santé accompagnent les consommateurs de manière durable, afin de favoriser la réduction ou l'arrêt de consommation à long terme.

- Ils soutiennent l'effort de réduction des risques de dommages physiques, psychiques ou sociaux, dans une relation partenariale de confiance et d'échange.
- Ils soutiennent l'abstinence ou la modération et renforcent les autres conduites favorables à la santé (alimentation, exercice physique, etc.)
- En cas de reprise de la consommation, de survenue de dommages ou de dépendance, une consultation de type entretien motivationnel ou le recours à une consultation d'addictologie sont proposées.

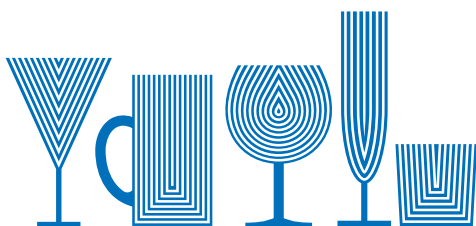
- La notion d'essai dans un changement de comportement est fondamentale pour ne pas attribuer l'échec au patient mais à des circonstances.
- La rechute est davantage la règle que l'exception et chaque rechute rapproche le thérapeute et le patient du succès consolidé.



Annexe 2 : CAMPAGNE DE PREVENTION 2019

**Pour votre santé,
l'alcool c'est
maximum
2 verres par jour
et pas tous
les jours.**

Parlez-en à
votre médecin

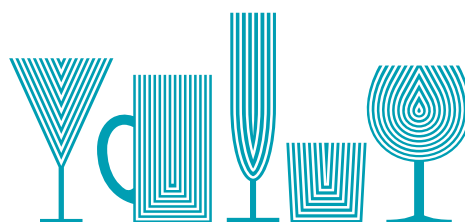


☎ 0 980 980 930
ALCOOL.INFO.SERVICE.FR
TOUT DÉPENDRE DE VOTRE MÉDECIN



**Réduire sa
consommation
d'alcool c'est
réduire les risques
pour sa santé.**

Parlez-en à
votre médecin

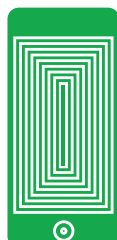


☎ 0 980 980 930
ALCOOL.INFO.SERVICE.FR
TOUT DÉPENDRE DE VOTRE MÉDECIN



**Vous avez
5 minutes ?
Évaluez votre
consommation
d'alcool.**

Rendez-vous sur
alcool-info-service.fr
et parlez-en à
votre médecin



☎ 0 980 980 930
ALCOOL.INFO.SERVICE.FR
TOUT DÉPENDRE DE VOTRE MÉDECIN



Annexe 3 : GUIDE D'ENTRETIEN

Partie 1 : repérage et accompagnement du patient

- Comment repérez-vous les patients présentant un trouble de l'usage d'alcool ?
- Comment accompagnez-vous ces patients ?

Partie 2 : évolution de l'addictologie

- Parlez-moi de la réduction des risques chez vos patients présentant un trouble de l'usage d'alcool
- Comment intégrez-vous le classification DSM V des troubles de l'usage d'alcool dans votre pratique ?
- Quel est pour vous l'impact de ce changement récent de classification dans votre pratique ?

Partie 3 : améliorations

- Comment pourriez-vous optimiser votre accompagnement dans ce domaine ?

Annexe 4 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Information pour participation à une étude médicale

Dans le cadre de la thèse que je dois réaliser au cours de mes études je réalise un travail de recherche médicale non interventionnelle intitulée :

« L'accompagnement du patient présentant un trouble de l'usage d'alcool en médecine générale »

Cette recherche a pour objectif d'évaluer l'accompagnement des troubles de l'usage d'alcool par les médecins généralistes.

Pour mener à bien cette recherche, j'ai besoin de recueillir des données par le biais d'entretiens et c'est la raison pour laquelle je vous ai contacté.

Pour participer à ce travail, il est important que vous sachiez :

- Que votre participation n'est pas obligatoire et se fait sur la base du volontariat
- Que vous bénéficiez si vous le souhaitez d'un délai de réflexion
- Que vous avez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment si vous le souhaitez
- Que vous avez le droit de refuser de répondre à certaines questions
- Que les données recueillies seront traitées de manière confidentielle et anonyme
- Qu'à tout moment vous pouvez avoir accès aux données vous concernant
- Que je me tiens à votre disposition pour répondre à vos questions concernant les objectifs du travail une fois le recueil des données effectuées
- Que les éventuels enregistrements seront détruits dès la fin des travaux
- Que ce travail a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL et, le cas échéant, au CPP

Cette recherche est réalisée dans le respect des règles de bonnes pratiques cliniques et de la législation nationale en vigueur.

Les données de santé vous concernant feront l'objet d'un traitement informatique destiné à l'évaluation scientifique de la recherche. Elles seront transmises dans des conditions garantissant leur confidentialité, c'est-à-dire de manière pseudonymisée. En vertu des articles 39, 40 et 56 de la loi n° 78-17 du 06 Janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée, vous pourrez exercer vos différents droits dont celui d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition concernant la levée du secret médical auprès de la personne qui vous propose de participer à la recherche. Par ailleurs, conformément à l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique, les données de santé vous concernant peuvent vous être communiquées par l'investigateur et pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé, à d'autres entités de cet organisme, responsable de l'étude.

Fait à Le.....

Annexe 5 : QUESTIONNAIRE AUDIT

Questions	0	1	2	3	4
1. Combien de boissons contenant de l'alcool consommez-vous?	Jamais	1 x/mois ou -	2 à 4 x/mois	2 à 3 x/sem.	4 x ou +/sem.
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 9	10 ou +
3. Combien de fois vous arrive-t-il de boire six verres d'alcool ou plus lors d'une même occasion?	Jamais	< 1 x/mois	1 x/mois	1 x/sem.	Chaque jour ou presque
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable d'arrêter de boire après avoir commencé ?	Jamais	< 1 x/mois	1 x/mois	1 x/sem.	Chaque jour ou presque
5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	< 1 x/mois	1 x/mois	1 x/sem.	Chaque jour ou presque
6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous dû boire un verre d'alcool dès le matin pour vous remettre d'une soirée bien arrosée?	Jamais	< 1 x/mois	1 x/mois	1 x/sem.	Chaque jour ou presque
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu?	Jamais	< 1 x/mois	1 x/mois	1 x/sem.	Chaque jour ou presque
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir ce qui s'était passé la veille parce que vous aviez trop bu?	Jamais	< 1 x/mois	1 x/mois	1 x/sem.	Chaque jour ou presque
9. Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu?	Non		Oui, mais pas dans les douze derniers mois		Oui, au cours des douze derniers mois
10. Est-ce qu'un proche, un médecin ou un autre professionnel de la santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer?	Non		Oui, mais pas dans les douze derniers mois		Oui, au cours des douze derniers mois
Score total					

Annexe 6 : QUESTIONNAIRE CAGE/DETA

Questionnaire CAGE/DETA

-
- Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation d'alcool ?
- Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
- Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
- Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?
-

Interprétation :

Deux réponses positives (ou plus) sont en faveur d'un « problème d'alcool ».

Annexe 7 : QUESTIONNAIRE 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.

AUTEUR : Nom : DELBECQUE Prénom : JULIETTE

Date de Soutenance : 28 mai 2020

Titre de la thèse : L'accompagnement du patient présentant un trouble de l'usage d'alcool en médecine générale

Thèse – Médecine – Lille 2020

Cadre de classement : Médecine générale

DES + Spécialité : DES de médecine générale

Mots-clés : trouble de l'usage d'alcool, médecine générale, accompagnement, réduction des risques, repérage précoce et intervention brève

Résumé

Introduction : Le médecin généraliste rencontre régulièrement des patients présentant un trouble de l'usage d'alcool (TUA). Des outils destinés à améliorer le repérage et l'accompagnement sont mis à sa disposition. L'addictologie évolue : la prévention des risques et réduction des dommages regroupées sous le terme réduction des risques (RdR) se développe et une nouvelle classification apparaît. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'évolution de l'accompagnement des patients. Les objectifs secondaires étaient d'explorer la place du Repérage Précoce et Intervention Brève (RPIB) et l'impact des changements récents en addictologie en pratique.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de 12 médecins généralistes du Nord ayant ou non une compétence en addictologie. Les données ont été analysées par codage à l'aide du logiciel NVivo12®. La saturation des données a été atteinte.

Résultats : Le repérage précoce n'était pas correctement intégré. Certains médecins utilisaient l'intervention brève et la trouvaient d'autant plus efficace qu'elle était répétée. Les questionnaires standardisés n'étaient pas utilisés et le changement de classification ne semblait pas avoir d'impact en pratique. Par contre, le changement de paradigme a bien été intégré, tous pratiquaient la réduction des risques et rejetaient les anciennes méthodes. Plusieurs conditions nécessaires à cet accompagnement et des pistes d'améliorations ont été évoquées.

Conclusion : Les mesures mises en place pour promouvoir le RPIB ne semblent pas suffisantes, un travail de diffusion reste à faire. Améliorer l'accès à la prévention et l'accompagnement patients présentant un TUA est une des priorités du schéma régional de santé en place depuis 2018. Une évaluation de ce plan est prévue en 2023.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur COTTENCIN

**Asseseurs : Monsieur le Professeur BERKHOUT
Monsieur le Professeur LEFEBVRE
Madame le Docteur TILLY-DUFOUR**

Directrice de thèse : Madame le Docteur HIRSCH-VANHOENACKER