



# Congrès SFA<sup>a</sup> : de la prévention au soin – pragmatisme et efficacité en alcoologie (2<sup>e</sup> partie)

Paris, du 19 au 21 mars 2014

par les D<sup>rs</sup> Sylvie QUOISTIAUX et Patrick TREFOIS •  
médecins généralistes

## Les politiques de prévention vis-à-vis de l'alcool

Trop souvent, la représentation de la problématique de l'alcool se focalise sur quatre images :

- l'ivrogne, l'alcoolique, le « malade » ;
- l'alcoolisation aiguë ponctuelle (dont le « binge drinking ») ;
- le risque immédiat lié à la consommation (conduite automobile, comportement sexuel non protégé, etc.) ;
- l'alcoolisation fœtale.

Si l'attention portée à ces 4 figures a toute sa pertinence, il n'en est pas moins vrai qu'elle occulte la majorité des usages « cachés » (à risque et nocifs) parmi la population adulte.

Une politique publique doit reposer sur une multiplicité d'approches, qui combinent :

- **la mise en place d'environnements favorables** à la santé par des actions sociétales (amélioration des conditions de vie, équité, etc) et sur l'offre du produit (fixation d'un prix minimal, code de la route, interdiction de vente aux mineurs ou de vente à crédit, réglementation de la publicité, en milieu de travail, etc.) ;
- **une réorientation des services** pour une meilleure accessibilité aux soins et à un encadrement psychosocial ;
- **des actions centrées sur les individus** (renforcement des compétences psychosociales dès l'école et des connaissances, informations adaptées à la diversité des publics, détection précoce des consommations à risque, réduction des risques liés à l'usage, etc.). (PT)

D'après les exposés des D<sup>rs</sup> A. Rigaud à Reims, Ph. Batel à Clichy, Fr. Bourdillon à Paris et R. Morin Québec.

**Mots-clés : politique de santé, alcoolisme, alcoolo-dépendance.**

## Prévention universelle ou sélective ? Rôle du MG

La distinction entre la prévention universelle (visant l'ensemble de la population) et la prévention sélective, ciblant des groupes de population vulnérables, est souvent évoquée. Ces deux approches de santé publique sont complémentaires dans le cadre d'une politique menée par les pouvoirs publics. Le médecin généraliste peut les intégrer au quotidien, soit via une attention portée à certains patients présentant un facteur de risque (conseil d'abstinence à la femme enceinte par exemple) ou un signe évocateur (trouble de sommeil, atteinte somatique, etc), soit par une détection systématique de la consommation à risque parmi ses patients. Pour aborder au quotidien la question de l'alcool, le médecin doit dépasser sa crainte « d'insulter » son patient pour s'informer de sa consommation, au même titre qu'il s'intéresse à son éventuel tabagisme. Car il est indéniable que la prise en charge reste dépendante du repérage (RBIP). (PT)

D'après les exposés des D<sup>rs</sup> A. Rigaud à Reims, Ph. Batel à Clichy, Fr. Bourdillon à Paris et R. Morin Québec.

**Mots-clés : alcoolisme, alcoolo-dépendance, prévention, repérage.**

## Repérage précoce et intervention brève : RBIP

En consultation de médecine générale, 1 patient sur 5 présente un mésusage de l'alcool, sans être un motif de consultation. La plupart des patients considère qu'il est justifié de se faire interroger à ce sujet mais seuls 8% le seraient. En effet, selon une étude réalisée auprès de 378 médecins généralistes

(MG) de Poitou-Charentes, l'implication de ceux-ci concernant l'alcool reste inférieure à celle du tabac. Bien que 97% d'entre eux estiment que c'est leur rôle d'intervenir, seuls 69% trouvent qu'il est facile d'aborder le sujet. Le réseau addiction régional a, dès lors, diversifié les outils de soutien en fonction du niveau d'investissement du MG. Malgré la possibilité de rejoindre des réseaux spécialisés et l'accès à des formations, l'implication des MG reste faible : 15% sont motivés par le sujet, 25% s'y intéressent et 60% restent indifférents. Ces derniers seront visités par des délégués de la Santé Publique afin de recevoir le message de base.

Le RPIB fut implanté en France en 1998, dans le cadre du programme «2es sis Better» lancé par l'OMS. Malgré quelques réussites, sa pratique reste insuffisante. Selon une étude de 2003, réalisée par Michel Naudet auprès de 50 MG, 84% des patients ayant un mésusage de l'alcool ne consultent pas pour ce motif. La fréquence moyenne des patients pris en charge pour problème d'alcool reste largement inférieure à la réalité. De multiples obstacles sont pointés du doigt :

- absence de demande de la part des patients ;
- problématique liée à la prévention : manque d'efficacité perçue par le MG, formation centrée sur les soins ;
- problématique liée à la pratique de la médecine générale : autres priorités, peur du suivi, médecin payé à l'acte ;
- manque de ressources de proximité.

De plus, il existe un certain scepticisme quant à la validité des seuils de risque. Ceux-ci variant d'un pays à l'autre, ont été validés pour les risques psycho-sociaux mais pas pour la mortalité, ni pour les tranches d'âges extrêmes. L'unité standard est, elle aussi, variable d'un pays à l'autre. Dès lors, deux problèmes se posent : d'un côté, l'usage à risque aux seuils incertains chez des patients sans plainte, ni problème apparent ; de l'autre, une proposition de repérage systématique chez des MG submergés et peu soutenus. Il faut donc adapter l'implantation du RPIB. Celui-ci doit être systématique dans les situations à risque élevé (risque professionnel, grossesse, comorbidité,...), face à certains signaux (changement négatif sur le plan physique, psychique ou social, inquiétude de l'entourage,...) et dans le cadre de la médecine du travail et scolaire. L'utilisation de questionnaires de repérage doit être adaptée à la situation. La médecine du travail utilisera plus volontiers le questionnaire Audit, et la médecine générale, le questionnaire Face. (SQ)

D'après les exposés des D<sup>rs</sup> Ph. Binder et Ph. Castera.

**Mots-clés : alcool-dépendance, repérage précoce.**

## Efficacité de l'intervention brève

Concernant l'intervention brève, les méta-analyses évaluant son efficacité sont difficiles vu l'hétérogénéité des pratiques explorées (variabilité de la durée, des populations observées, des intervenants...). Malgré tout, elles sont toutes positives et donnent des conclusions solides :

- diminution de la consommation d'alcool chez les hommes jusqu'à 48 mois de suivi (non démontrée chez les femmes) ;
- diminution de la mortalité liée à l'alcool, mais pas de la mortalité totale, dans la population générale ;
- diminution de la mortalité totale chez les patients hospitalisés à 6 mois et 1 an, mais pas à 3 et 9 mois ;
- intervention brève minimale suffisante vu qu'il n'y a pas de lien entre la durée de celle-ci et son efficacité. Le taux d'usage à risque étant plus élevé et plus facile à conscientiser, une intervention plus longue est probablement nécessaire pour des troubles plus sévères.

En conclusion, l'efficacité du RPIB a été démontrée mais son effectivité reste faible. Pour améliorer son efficacité, plusieurs outils doivent être mis en place :

- repérage précoce systématique ou opportuniste selon les métiers et les situations à risque ;
- adaptation de l'intervention et développement des nouveaux RPIB selon le type de patient ;
- soutien permanent des institutions : formations, accès facilité aux ressources, visite de délégués «santé prévention». (SQ)

D'après les exposés des D<sup>rs</sup> Ph. Binder et Ph. Castera.

**Mots-clés : alcool-dépendance, intervention brève.**