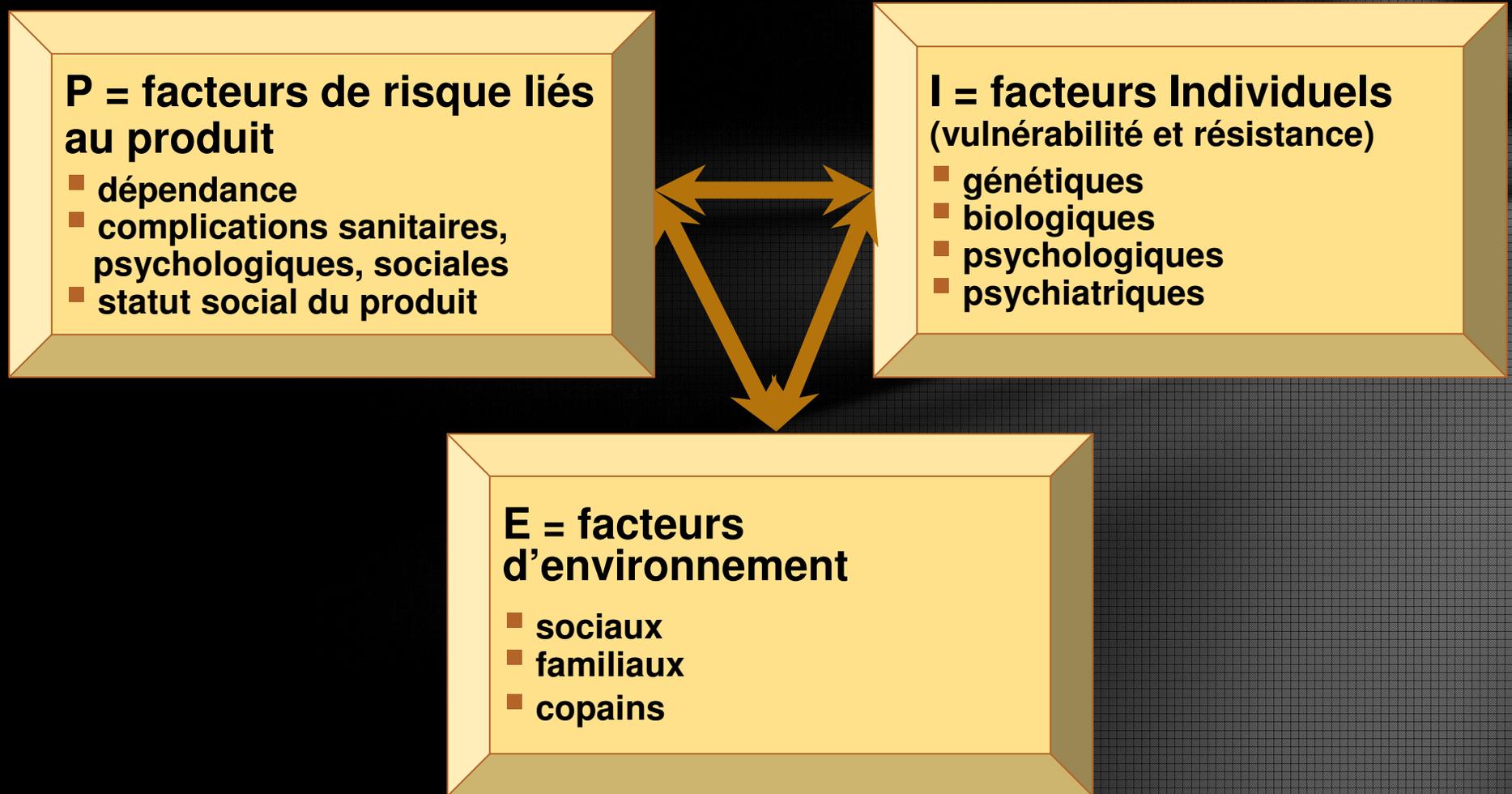


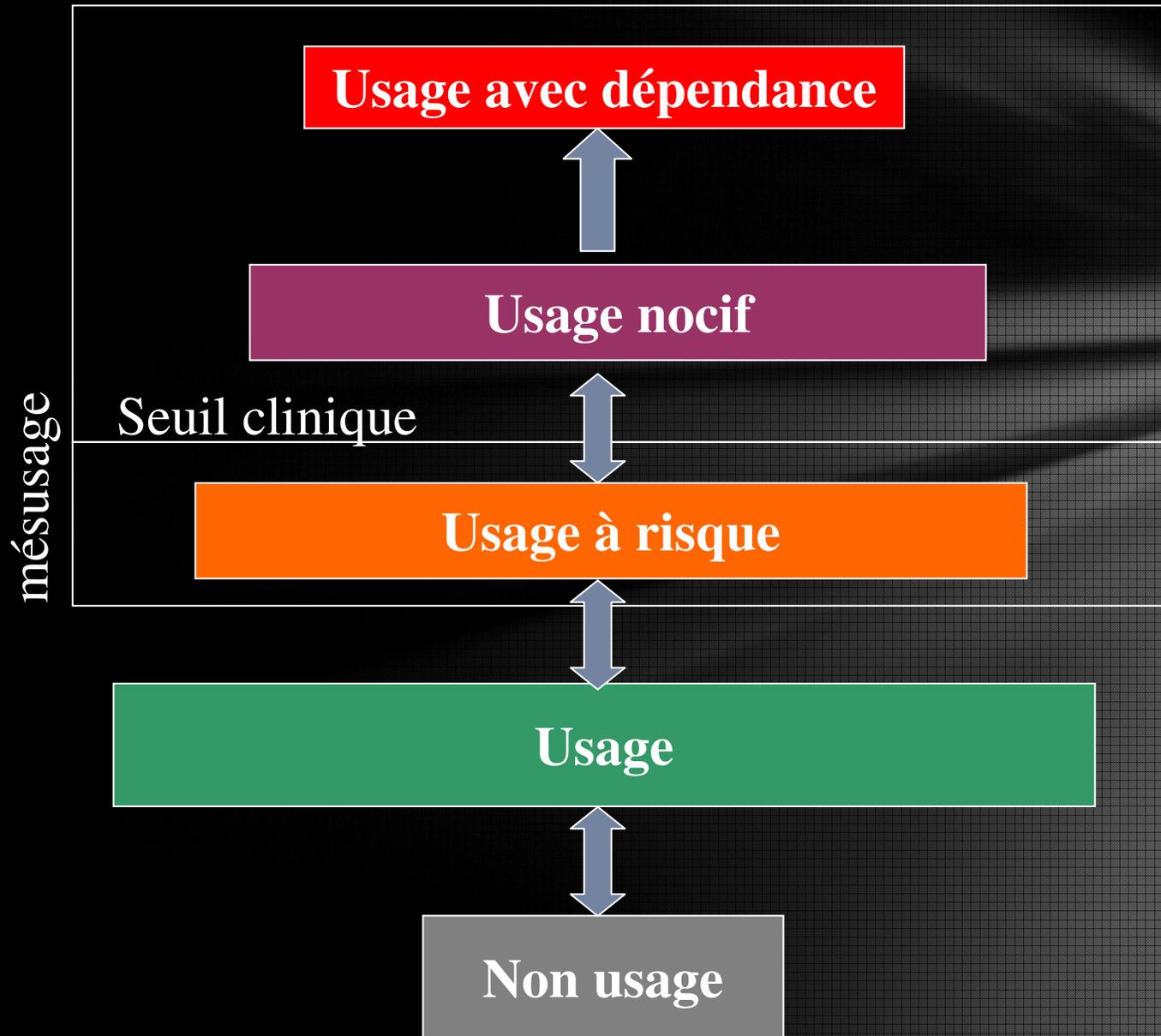
# L'Alcoologie en Médecine Générale et en milieu hospitalier de proximité

F. PAILLE  
Nancy

# Risque d'usage nocif et de dépendance = Interactions : Produit (P) x Individu (I) x Environnement (E)



# Les catégories d'usage



Le mésusage d'alcool est soumis à toutes les contraintes des maladies chroniques.

Plus la prise en charge est précoce, meilleures sont les chances de succès.

Par définition de la chronicité, sa prise en charge doit s'inscrire dans la durée. Son évolution est entrecoupée de ruptures.

# Le Médecin Généraliste

La prévalence des problèmes d'alcool dans la clientèle des généralistes est forte.

En France, elle est globalement autour de 15 à 20 % (20 à 25 % chez les hommes, 5 à 10 % chez les femmes).

Elle varie selon la catégorie d'usage :

□ Usage à risque : 6 à 7 % des hommes  
4 à 5 % des femmes

□ Usage nocif : 5 à 6 % des hommes  
2 à 3 % des femmes

□ Dépendance : 12 à 13 % des hommes  
2 à 3 % des femmes

Au Luxembourg ?

C'est principalement à l'occasion de complications / comorbidités qu'un mésusage d'alcool est envisagé.

Peu de patients consultent pour cela, mais l'alcool est souvent retrouvé derrière des motifs de consultations banals et fréquents en MG (HTA, fatigue, troubles digestifs, neuropsychiatriques : troubles du sommeil, nervosité, anxiété, dépression...).

Le mésusage d'alcool est plus fréquent que les médecins généralistes ne le pensent. Il faut le rechercher activement.

**Mais : parler d'alcool reste un sujet difficile.**

- Les médecins sous-estiment l'importance du problème alcool.
- Le modèle de l'alcoololo-dépendance reste le modèle très prépondérant.
- Ils ne savent pas comment s'y prendre et se sentent mal à l'aise
- Ils pensent que les patients pourraient s'offusquer de leurs questions
- Ils se croient inefficaces
- Ils évoquent un manque de formation, de savoir-faire, de soutien

En plus : sentiment d'intrusion dans la vie privée des patients, prise en compte difficile du déni, difficultés de diagnostic, gestion du temps...

=> démotivation devant ce type de pathologie

## **Le Médecin Généraliste**

Rôle essentiel dans le repérage et la prise en charge des patients présentant une conduite addictive. Connaît ses patients et leur entourage, les (re)voit en consultation pour des motifs multiples qui sont (presque) autant d'occasions d'aborder la question de l'alcool = situation particulièrement favorable pour trouver la meilleure façon d'aborder ces questions et de négocier les meilleures réponses.

2 situations différentes :

- Patients non dépendants
- Patients dépendants

**Rôle  
du MG**

**Mésusage**

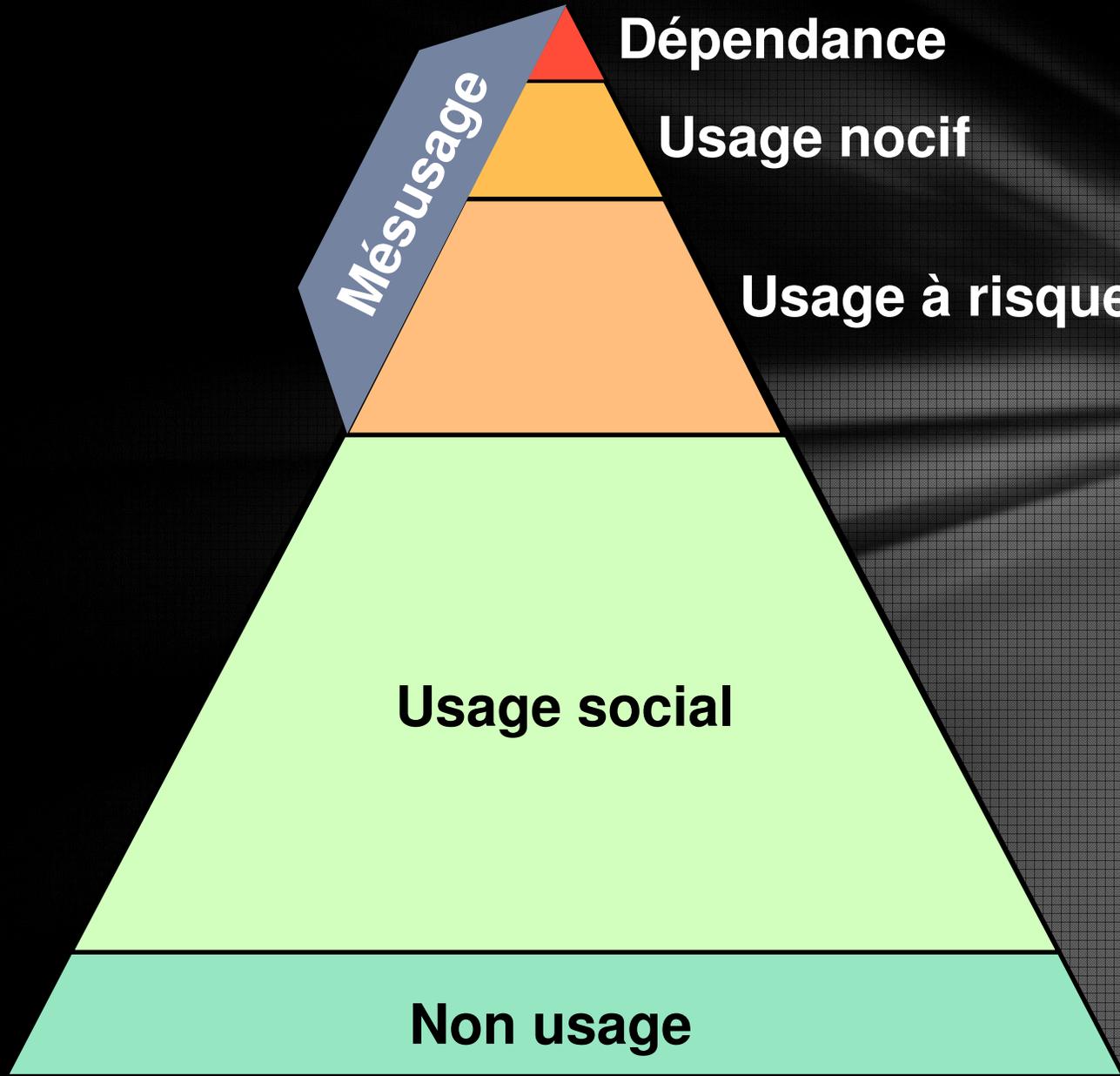
**Dépendance**

**Usage nocif**

**Usage à risque**

**Usage social**

**Non usage**



## Usage à risque / Usage nocif

Repérage et prise en charge les plus précoces possibles essentiels par le MG, notamment les cas les moins graves.

- Le motif de consultation est rarement le problème alcool
- S'il ne le repère pas, qui le fera ?  
Ce sont peut-être les patients les plus intéressants à dépister pour leur éviter d'évoluer vers des complications (dépendance, problèmes somatiques, psychologiques, sociaux).  
Ce sont les + difficiles à repérer car il y a relativement peu de signes. Les + « rentables »

## Usage à risque / Usage nocif

Les outils existent.

### Repérage précoce et intervention brève.

A fait l'objet de plusieurs synthèses, dont le « Primary Health Care European Project on Alcohol » (PHEPA)

Repérage :

- **Systematique** par exemple chez tout nouveau patient. Données notées dans le dossier et réévaluées. Situations à risque particulier : grossesse, médicaments...
- **Ciblé** sur les signes évoqués précédemment
- Poser la question de la consommation
- Questionnaires (AUDIT...)

# Usage à risque / Usage nocif

## Intervention brève

Réponse la mieux adaptée à ces situations.

Schémas un peu différents selon les études.

Principe identique = quelques interventions

(3 à 5 séances, 10 à 15 minutes en moyenne) permettent d'aider le patient

- à prendre conscience du problème,
- à se motiver
- à mobiliser ses ressources pour modifier sa consommation.

Objectif = aider le patient à retrouver un usage à faible risque

## Usage à risque / Usage nocif

### Intervention brève

Une littérature abondante a démontré l'efficacité de cette approche en MG.

Formation relativement simple.

Coût faible.

## Dépendance et complications

Le diagnostic est souvent plus facile.  
Mais traitement complexe du fait de la sévérité de la conduite d'alcoolisation et des complications / co-morbidités associées.

Le MG peut naturellement prendre en charge ces patients si :

- Le souhaite
- Temps (consultations longues)
- Formation adaptée

## Dépendance et complications

Le MG peut orienter vers une structure spécialisée.

Mais il garde nécessairement son rôle de coordonnateur des soins.

# Dépendance et complications

## Dépendance

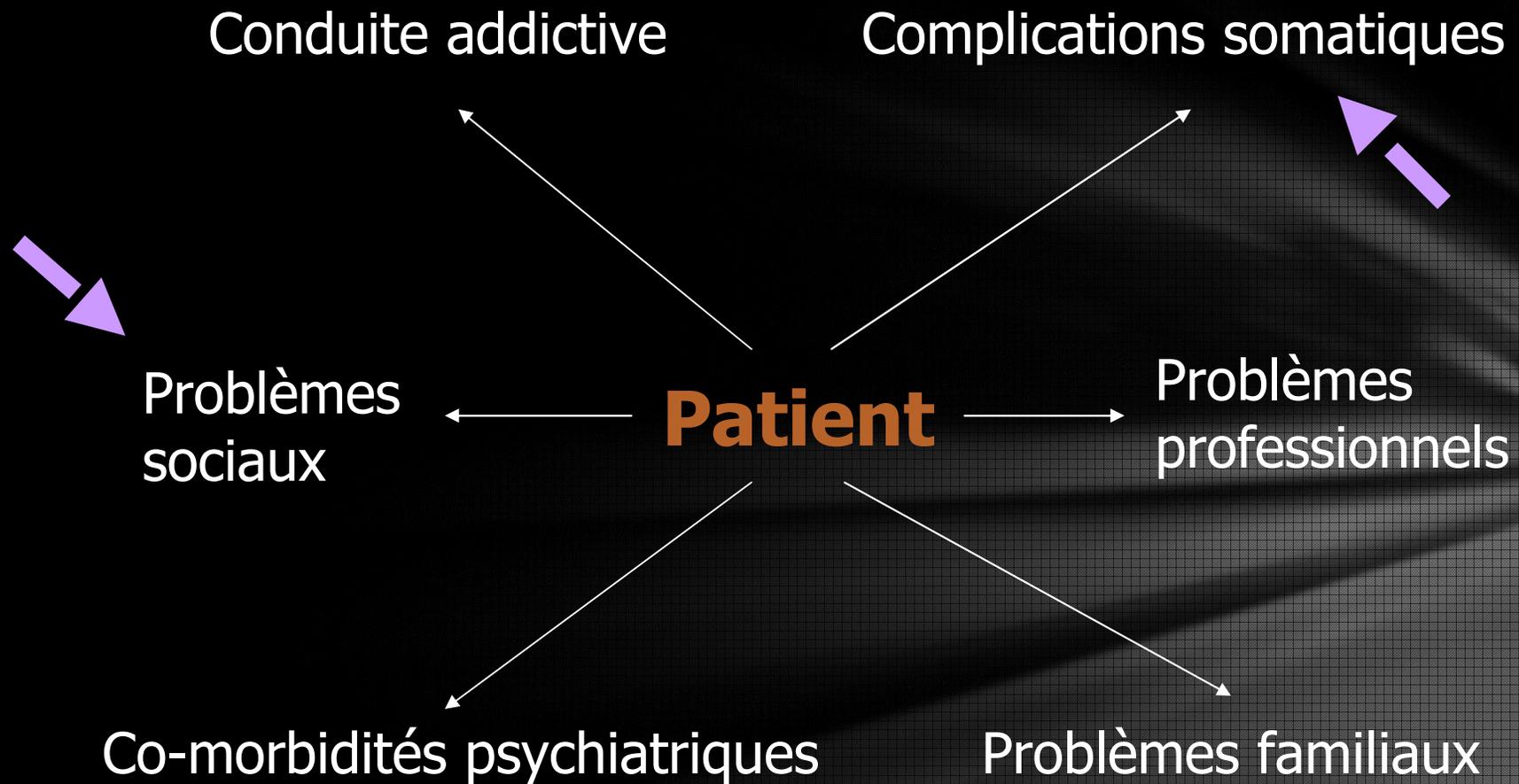
=> habituellement de multiples problèmes.

=> intervention de différents professionnels des champs sanitaire et social (voire de bénévoles) en fonction des besoins de chaque patient.

=> coordination, réalisée au mieux dans le cadre d'un réseau.

« Se réunir est un début ; rester ensemble est un progrès ; travailler ensemble est la réussite. »

H. Ford (1863 – 1947)



Une grande variété de difficultés plus ou moins sévères. En prendre en charge une et pas les autres aboutit à l'échec => **prise en soins intégrée** > traitements séquentiels ou parallèles

L'absence de connaissances actualisées dans certains domaines de compétence sont un des facteurs limitant des prises en soin

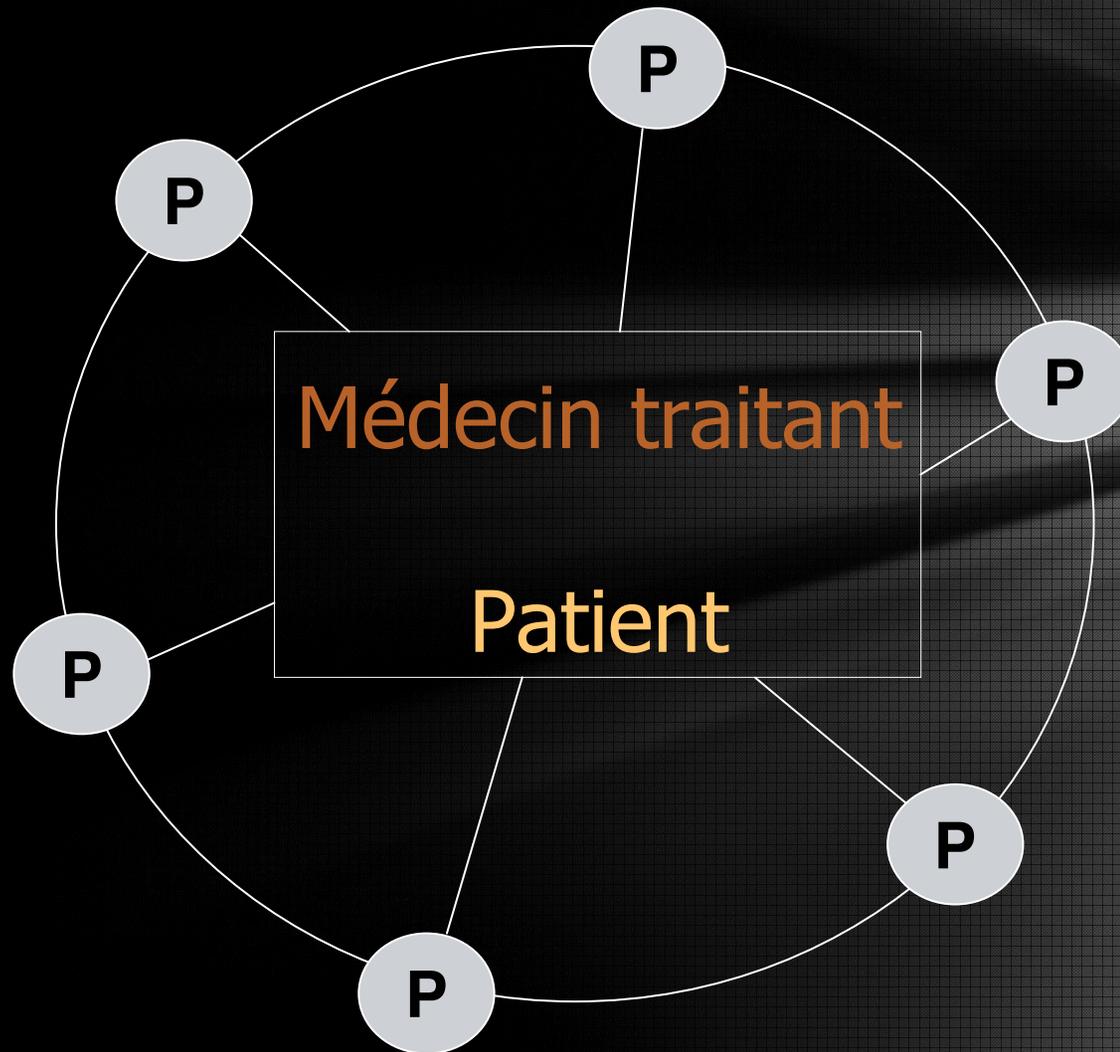
« classiques »

→ réelle perte de chance pour les patients

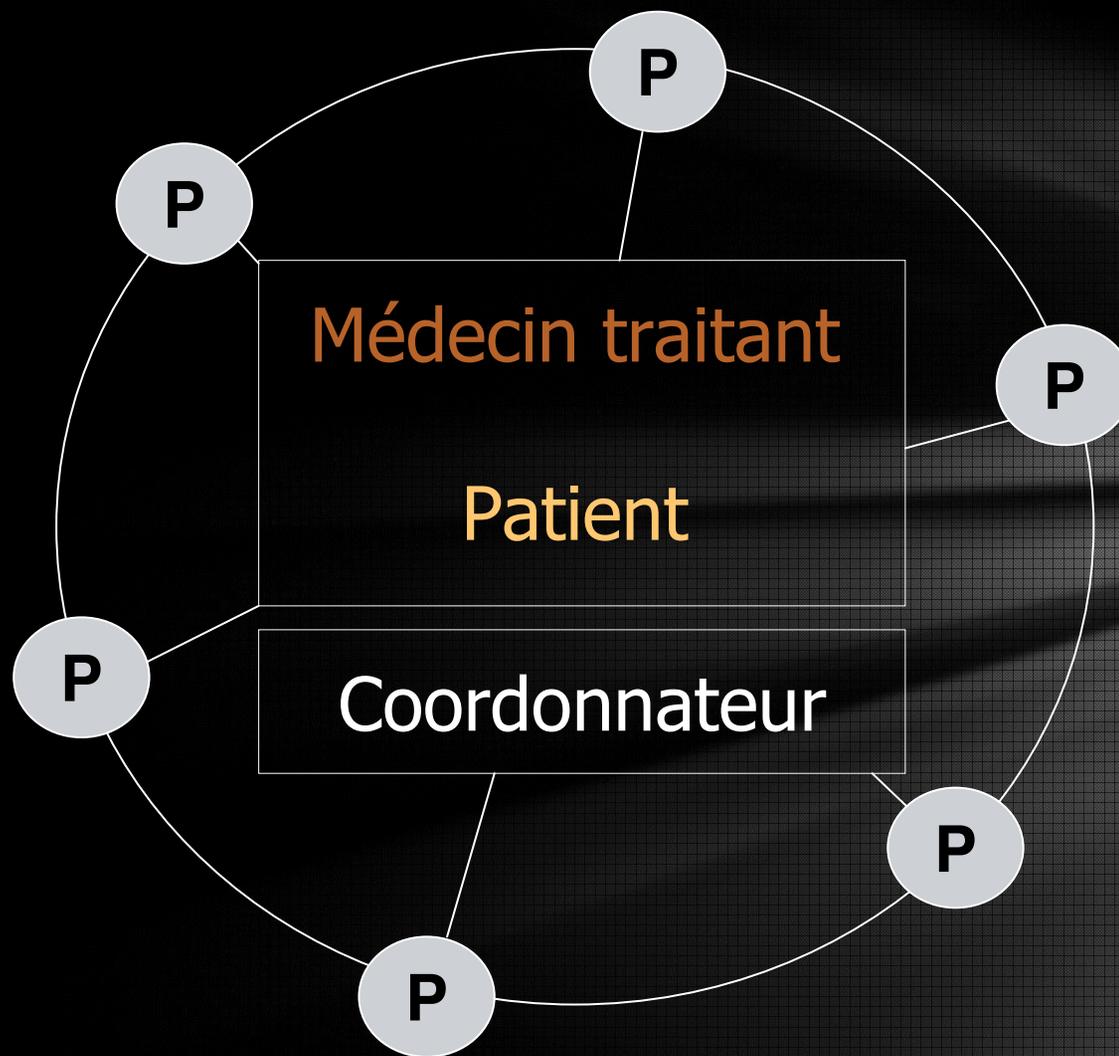
Ex. Etude récente chez des patients ayant une CA et une HCC. 42 % de ceux bénéficiant d'une prise en charge intégrée ont été considérés aptes à un traitement médicamenteux contre seulement 18 % chez ceux ayant une prise en charge « classique ».

**Traitement intégré = soins de meilleure qualité**

# L'organisation du réseau



# L'organisation du réseau



Un réseau ne fonctionne que si tous les partenaires y trouvent leur compte, en particulier le MT

## **Le médecin généraliste**

a aussi des missions :

### **- De prévention**

La majorité des actes des MG reste centrée sur les plaintes des patients. Ils acceptent d'intégrer de la prévention dans leurs consultations. Ils participent déjà pour certaines pathologies : cholestérol, HTA...

**Alcool et conduites addictives : il reste beaucoup à faire.**

Question du temps  
de la rémunération

## **Le médecin généraliste**

a aussi des missions :

### **- D'éducation thérapeutique**

= fournir au patient les moyens de mieux comprendre et vivre avec sa maladie

Question du temps

de la rémunération

de la création des programmes

Intérêt des maisons de santé

## **Le médecin du travail**

Egalement très concerné et intéressé par cette problématique :

- Dépistage / Orientation
- Problèmes d'aptitude
- Gestion de situations aiguës dans l'entreprise

Intérêt de formation au RPIB

Actions de prévention fortes en entreprise

# **Le dispositif hospitalier de proximité (niveau 1)**

Complémentaire du pôle ville, il doit répondre :

- **Aux besoins externes à l'hôpital :**
  - consultation
  - évaluation
  - sevrage simple
- **Aux besoins internes de l'hôpital :**
  - liaison

# **Le dispositif hospitalier**

Les besoins externes

La vocation de l'hôpital est de prendre en charge les patients les plus lourds qui nécessitent le recours au plateau technique de l'hôpital, en terme de personnel, de compétences spécialisées ou d'examens complémentaires.

## Les consultations d'Alcoologie

Accueillir les patients nécessitant un suivi spécialisé et le recours au plateau technique de l'hôpital.

Au mieux, ces consultations sont pluridisciplinaires.

Le patient doit en tout cas pouvoir bénéficier des compétences nécessitées par son état de santé :

- Accompagnement alcoologique médical

- Avis médicaux spécialisés : HGE, Psychiatre, neurologue...

- Examens complémentaires

- Autres compétences non médicales : psychologue, assistante sociale, diététicienne...

Complémentaires du suivi par MG

Financement de ces cs longues et pluridisciplinaires ?

## Possibilité de sevrages simples

= disposer de quelques lits d'hospitalisation, regroupés ou non, dans un service de médecine (HGE, Médecine Interne...),

bénéficiant d'une équipe sensibilisée à ces problèmes,

et pouvant accueillir dans de bonnes conditions des patients justifiant d'une courte hospitalisation pour sevrage (1 semaine)

# **Le dispositif hospitalier**

Les besoins internes

## Les conduites d'alcoolisation des patients hospitalisés – Le constat

Enquête DREES (2000), un jour donné dans les établissements de santé :

- 20 % des patients présentent un risque de mésusage d'alcool : 1/3 hommes, 9 % de femmes.
- 7 % sont à risque de dépendance  
Hommes >> femmes

La proportion varie selon les lieux de soins :

- Psychiatrie : 1/3
- Médecine Interne / Polyvalente : 15 – 20 %
- Gynéco-Obstétrique : 4 %

**Facteurs de risque :**

- Hommes de 35 – 64 ans
- Situation précaire
- Seul ou sans enfant

Un mésusage d'alcool est fréquemment associé à d'autres substances psychoactives, surtout en cas de dépendance.

La plupart des patients sont pris en charge pour leurs complications, dans le système de soins général, notamment dans certaines spécialités :

- Médecine Interne / Polyvalente
- HGE
- Neurologie
- Psychiatrie...

Mais la conduite d'alcoolisation elle-même est encore trop rarement prise en compte.

## L'équipe de liaison

Equipe pluridisciplinaire. Intervient dans les services non spécialisés en Addictologie.

- Le service d'accueil des urgences
- Les autres services accueillant des personnes en difficulté avec l'alcool (HGE, Médecine interne, ORL, traumatologie...)

Elle assure :

- La formation de ces équipes
- L'aide à la prise en charge des malades ayant un problème d'alcool qui y sont hospitalisés (sevrage, orientation...)

## Les hôpitaux ont aussi des missions

- **De prévention**

Peu développée dans les hôpitaux par rapport aux soins.

Financement ?

- **D'éducation thérapeutique**

Programmes à construire

Personnel ?

## En conclusion

- ❑ L'abord des personnes en difficulté avec l'alcool doit être le plus précoce possible.
- ❑ Leur prise en charge nécessite un éventail d'offre de soins dont les médecins généralistes et les structures hospitalières de niveau 1 sont les piliers (1er recours).
- ❑ Les problèmes liés à l'alcool sont encore très insuffisamment pris en compte par les Généralistes et dans les hôpitaux.

Une évolution est possible si :

- ❑ On peut changer les représentations des conduites d'alcoolisation
- ❑ On apporte la preuve que des méthodes simples d'abord existent, utilisables en MG, et qu'une intervention brève est efficace
- ❑ On développe des programmes de formation
- ❑ On donne une vraie place et reconnaissance à ce type d'activité, y compris en terme de rémunération et de moyens
- ❑ On développe des systèmes d'aide aux MG (réseaux)