

Samedi après-midi : atelier n°5

3 chiffres, 1 schéma et quelques idées

pour optimiser le dépistage et la prise en charge des mésusages de l'alcool

Par **Olivier Kandel** Poitiers (86), Société française de médecine générale.

Le rapprochement de quelques chiffres sur le mésusage de l'alcool souligne les difficultés des médecins et des patients à aborder ce sujet. Mais la proposition, récemment médiatisée, de systématiser un questionnement sur la consommation d'alcool est illusoire. Elle ne tient pas compte de la particularité de la relation médecin-malade, montre une méconnaissance de l'exercice en médecine générale. De plus, un tel questionnement a les mêmes limites que le dépistage grand public. Alors, comment optimiser notre démarche en tenant compte des contraintes de notre travail ?

Bien que la consommation de boissons alcoolisées diminue régulièrement dans notre pays, celle-ci reste parmi les plus élevées d'Europe. Ses conséquences sont une préoccupation majeure de santé publique [1, 2]. Chaque année, en France, le nombre de décès liés à l'alcool est estimé à 45 000 en tenant compte des morts violentes. Le coût sanitaire des problèmes liés à l'alcool serait de 1,5 à 3 milliards d'euros [3]. On estime à 5 millions le nombre de buveurs excessifs et à 2,5 millions le nombre de personnes dépendantes de l'alcool. Plus de 20 % des hommes et 10 % des femmes consultant un médecin généraliste seraient des buveurs excessifs [4, 5]. Toutefois, 70 % des médecins se sentent peu efficaces dans la prise en charge de ces patients. La prévention des risques liés à l'alcool est de nouveau d'actualité, mais des recherches complémentaires sont nécessaires pour tirer des conclusions définitives sur l'efficacité des programmes de prévention [6]. Malgré une utilisation massive des médias dans les campagnes d'information grand

public, sur l'abus de substances toxiques, l'efficacité de ces mesures n'a pas encore été bien évaluée et les données connues laissent peu de place à l'optimisme. On admet qu'un diagnostic précoce conduit à un meilleur résultat thérapeutique. Les recherches actuelles tendent à améliorer les instruments d'évaluation clinique pour faciliter le dépistage des buveurs excessifs par les médecins généralistes. Mais il existe un débat entre les tenants de l'intérêt d'un questionnaire et ceux d'une approche diagnostique au cas par cas [7].

Par ailleurs, les patients sont soucieux de leur qualité de vie et espèrent que leur médecin s'y intéresse. Ils souhaitent recevoir des conseils efficaces pour améliorer leur santé [8]. Ainsi un diagnostic précoce et une prise en charge, aussi minime soit-elle, par le seul médecin, peuvent avoir un certain retentissement sur le mode de vie [9].

UN CONSTAT EN QUELQUES CHIFFRES

En population générale : 23 % de buveurs excessifs ou dépendants

Le croisement des diverses données sur la consommation des Français [10-12] permet de schématiser plusieurs types de comportement vis-à-vis de l'alcool :

- abstinentes : 5 % ;
- buveurs occasionnels : 41 % ;
- buveurs réguliers modérés : 32 % ;
- buveurs excessifs : 15 % ;
- dépendants alcooliques : 8 %.

Les patients de cette dernière catégorie sont facilement identifiés par le médecin. Les problèmes qui découlent de la dépendance physique sont directement (signe clinique) ou indirectement (fréquence d'accidents, rencontre de l'entourage familial...) individualisés lors des consultations. Le comportement du buveur excessif fait souvent appel à une dépendance psychologique au produit, plus difficilement perceptible. Quant aux deux autres types de buveurs ils peuvent, même en l'absence de dépendance, se retrouver dans des situations à risque.

MÉSUSAGE DE L'ALCOOL

Dans la clientèle des généralistes : 20 % de consommateurs à problèmes

La prévalence du risque et des maladies liées à l'alcool dans la clientèle du généraliste a été évaluée [4, 11]. *La Revue du Praticien-Médecine Générale* titrait : « Presque un patient sur cinq... » 20 % des hommes ont en effet déclaré avoir bu plus de 28 verres pendant les 7 jours précédant la consultation (9 % des femmes).

Mais l'alcoolisme représente 1 % des résultats de consultation du généraliste

L'étude menée par la SFMG au sein de son observatoire de la médecine générale [5] montre que le résultat de consultation « alcoolisme » est présent dans 1 % des consultations. C'est essentiellement à l'occasion de comorbidités somatiques, psychiques, conjugales et professionnelles que la problématique alcool apparaît. Ces 3 informations illustrent la prégnance de la consommation d'alcool dans notre pays, l'implication de cette consommation dans les problèmes de santé mais aussi la faible prise en charge des mésusages de l'alcool par le médecin.

COMMENT AMÉLIORER CETTE SITUATION ?

La solution a été trouvée en soulignant l'extrême nécessité de formations sur le sujet et de mise en place d'un dépistage systématique. *Le Quotidien du médecin* écrivait, le 2 juillet 2002 : « Les généralistes appelés à mieux repérer les problèmes avec l'alcool... Malheureusement, le praticien passe dans la moitié des cas à côté du problème... » !

Dans un but d'efficacité, ces bons conseils nécessitent d'être adaptés aux particularités de la médecine générale. Comment se former à tout ? Comment tout dépister ? À combien de réseaux un médecin doit-il appartenir pour être un bon médecin ? Combien de temps peut durer une consultation pour remplir à la fois sa fonction de soignant et celle d'agent de prévention secondaire ?

La crainte du refus du patient de parler de sa consommation d'alcool est une des principales résistances du médecin pour l'évoquer en consultation, comme la conviction que l'exercice et la fonction du généraliste ne sont pas adaptés à la prise en charge de ces problèmes. L'optimisation du dépistage et de la prise en charge doit donc tenir compte de la réalité de la pratique du médecin de premier recours.

Le choix d'un dépistage ciblé pour une amélioration durable

Il est difficile de maintenir dans la durée (tout en restant exhaustif) le dépistage de troubles comme les cancers, les MST, le tabagisme, l'alcoolisme, l'hypercholestérolémie, l'hépatite C, l'Alzheimer, sans oublier de faire le point sur les vaccins. Il est compréhensible qu'un questionnement systématique sur la consommation d'alcool des patients, trouve rapidement un épuisement ! Un dépistage ciblé pourrait améliorer sensiblement et durablement les résultats sans avoir ces inconvénients. Il faut peu de critères

afin de ne pas dissoudre dans le temps la mise en éveil du praticien. Il faut s'appuyer sur des indicateurs secondaires liés au mésusage de l'alcool et à la fréquence des phénomènes pathologiques en ville.

Ainsi la question de la consommation d'alcool pourrait être systématiquement posée :

– Lors d'une prise de la pression artérielle (PA) élevée (effet tensiogène). Ce diagnostic apparaît vers la quarantaine, plutôt chez l'homme. C'est le phénomène pathologique le plus fréquent en médecine générale [12]. Il est possible de proposer au patient de ne pas consommer d'alcool pendant quelques semaines avant un nouveau contrôle de la PA. Cela permet de le revoir et de rester, dans un premier temps, dans la représentation habituelle du généraliste.

– Lors d'une consultation pour asthénie. Les patients en difficulté avec l'alcool expriment souvent leur problème par l'expression de ce symptôme. Il en est de même pour la dépression.

– Lors des examens d'aptitude au sport. C'est l'occasion de faire le point sur l'hygiène de vie du consultant. Le questionnement à ce moment-là est vécu par le patient comme moins intrusif.

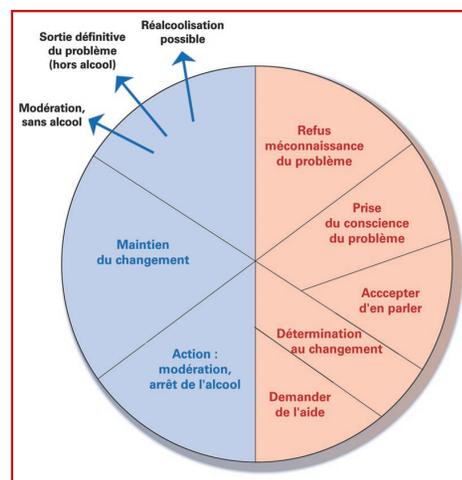
– Lors des consultations d'arrêt de tabac. L'interrogation sur tous les produits est logique, d'autant qu'à l'arrêt du tabac de nombreux patients augmentent insidieusement leur prise d'alcool.

Il ne faut jamais demander de transaminases sans γ GT. D'une manière générale, il est logique d'adjoindre à tout bilan lipidique une recherche de γ GT (voire de VGM). Cela est peu onéreux et entre dans la démarche globale de dépistage.

MAIS IL NE SUFFIT PAS DE DÉCELER UN MÉSUSAGE DE L'ALCOOL

Que le patient ait un usage à risque, qu'il s'agisse d'une dépendance psychologique ou physique, il faut ensuite établir une relation de confiance propice au changement de comportement. Pour cela on peut s'aider d'un outil visuel : « la roue du changement ». Celle-ci permet au soignant d'adapter son discours, sa prise en charge à l'état d'esprit du patient vis-à-vis de sa consommation. Où en est-il dans son rapport « bénéfice/désagrément » ? :

- positionner la situation du patient ;
- ne pas se leurrer, ni le patient, ni son entourage ;
- identifier les partenaires possibles ;
- prendre le temps nécessaire au changement ;
- élaborer une stratégie adaptée.



Processus de changement appliqué au problème d'alcool. (document AREAT)

MÉSUSAGE DE L'ALCOOL

MAIS COMMENT RÉSOUDRE CERTAINES DIFFICULTÉS LIÉES AUX CONTINGENCES DE L'EXERCICE EN MÉDECINE GÉNÉRALE ?

Le recueil des réactions, lors des séminaires de formation continue réalisés sur le sujet, révèle certaines craintes et résistances du médecin. Ce sont souvent les mêmes mais sont-elles insurmontables ?

Comment faire quand une consultation dure en moyenne 20 min ?

Difficile, nous disent nos confrères psychiatres. Le manque de temps et la disponibilité nécessaire à la prise en charge de ces patients est sans aucun doute un frein à l'évocation de la consommation de nos patients. Il est pourtant possible de le faire :

- préciser la fonction du généraliste (il n'est ni psychiatre, ni assistante sociale) ;
- privilégier la consultation à la visite ;
- travailler par objectif (une tranche de vie, le quotidien, le travail, les loisirs...) : 1 ou 2 par consultation ;
- s'inscrire dans le temps et proposer au patient des rendez-vous tous les 8 à 15 jours ;
- ne jamais prescrire dès la première fois, pour sortir de la représentation « solution miracle ».

Ainsi, la crainte de ne pas avoir de temps n'est ni un alibi, ni culpabilisante.

Atelier /

« 3 chiffres, 1 schéma et quelques idées pour aborder le patient en difficulté avec l'alcool. Échelle d'évaluation de la gravité en addictologie », animé par Olivier Kandel et Philippe Binder, le samedi 12 octobre 2002 de 15h30 à 17 h.

Comment faire, puisque le patient ne veut pas avouer ?

La hantise du déni du problème obsède beaucoup le médecin. Si le déni peut être un mensonge ou un non-aveu, voire de l'anosognosie, c'est surtout la honte, la culpabilité et la peur de changer que ressentent le patient. Pourrait-on dire que le mensonge n'existe pas sans la question ? Savoir tous les détails dès la première consultation n'a pas de véritable intérêt. Parce que la souffrance (même minime) est aussi physique, le médecin généraliste, par le symptôme, peut quitter l'évocation du produit pour créer une communication avec le patient.

Il faut faciliter la parole, privilégier l'écoute, et centrer sur la souffrance et les bénéfices. Il faut utiliser le « je » (je pense que, je trouve que...), pour faciliter l'échange, éviter la culpabilité et donner la possibilité au patient de ne pas être d'accord en corrigeant l'impression du médecin.

Mais il y a tellement d'échecs !

Le refus, la rechute, l'échec, tout dépend de l'objectif fixé. S'il est impératif d'exprimer au patient le souhaitable, parfois la nécessité d'arrêter totalement l'alcool, il est indispensable d'évaluer le possible, ce qu'il est prêt à accepter. Le cheminement avec le patient permet à celui-ci d'intégrer progressivement ce qu'il sent indiciblement :

- bien exprimer le type d'action au moment de la

consultation. Différencier l'urgence médicale, sociale, psychiatrique, du soin alcoologique à proprement parler ;

- impliquer, en accord avec le patient, l'entourage familial. Le recevoir une fois par trimestre ;
- accepter la proposition de modérer sa consommation. Les probables difficultés à la modération permettront au patient de consentir secondairement à notre projet ;
- préférer le terme de réalcoolisation à celui de rechute, pour sortir, entre autres, de l'itinéraire chaotique et accéder à l'accompagnement sur la durée. Ne pas hésiter à anticiper ces périodes ;
- s'appuyer sur des partenaires : assistantes sociales, CMP, associations d'anciens malades...

CONCLUSION

Sans un ciblage du dépistage et sans tenir compte du principe de réalité de la pratique du généraliste, nous risquons de rester cantonnés dans des conseils généraux de bons sens, parfois pontifiants. Cette acceptation de la non-systématisation permettrait peut-être au médecin d'optimiser durablement son intervention dans le champ de l'alcoologie. Mais nous ne pourrions échapper au questionnement sur notre fonction dans la société et dans le système de soin – notre rôle – : celui qu'attendent de nous le patient, son entourage et la collectivité, celui que nous pensons remplir, celui que nous espérons effectuer, celui que nous pourrions accomplir. ■

Références

1. CFES, CNAMTS, IPSOS. Les habitudes de consommation d'alcool des Français, septembre 1998.
2. Arènes J, Baudier F. Baromètre santé 1995/96. CFES, coll Baromètre 1997 : 288 pp.
3. Haut comité de la santé publique. La santé en France, 1994-98. La Documentation française, 1998 : 310 pp.
4. Huas D, Allemand H, Loiseau D *et al.* Prévalence du risque alcool est des maladies liées à l'alcool dans la clientèle adulte du généraliste. Rev Prat Med Gen 1993 (203) : 39-44.
5. Miche JN, Morel F, Gallais JL. Perceptions du « risque alcool » et des co-morbidités liées à l'alcoolisation dommageable en médecine générale. OMG-SFMG (1994-1995) Rev Prat Med Gen.
6. Jansen MA (ed.). A promising future : alcohol and other drug problem prevention services improvement 1992. OSAP Prevention Monograph 10, pp. 38-48, Rockville MD, 1992.
7. Cornel M, Van Zutphen WM. Recognition of problem drinkers and the role of the general practitioner. « Detection of problem drinkers in general practice ». STIVA Stichting Verantwoord Alcoholgebruik, 1994 : 15-23.
8. Skinner HA, Allen BA, McIntosh MC, Palmer WH. Lifestyle assessment: just asking makes a difference. BMJ 1985 ; 290 : 214-6.
9. Wallace PG, Brennan PJ, Haines AP. Are general practitioners doing enough to promote healthy lifestyle? Findings of the medical research council's general practice research framework study on lifestyle and health. BMJ 1987 ; 294 : 940-2.
10. CFES/CNAMTS-IPSOS. Les habitudes de consommation d'alcool des Français, 1987.
11. Halfen S, Vongmany N, Gremy I. ORS Île-de-France.
12. Annuaire statistique 94/95 de l'Observatoire de la médecine générale. Document de recherche SFMG n° 52, septembre 1998.