



HAL
open science

Devenir d'une information médicale sur les troubles liés à l'usage d'alcool, donnée au médecin traitant

Kamel Lhoest

► **To cite this version:**

Kamel Lhoest. Devenir d'une information médicale sur les troubles liés à l'usage d'alcool, donnée au médecin traitant. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02269929

HAL Id: dumas-02269929

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02269929>

Submitted on 23 Aug 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS**

ANNEE 2019

N° 2019 – 26

DEVENIR D'UNE INFORMATION MEDICALE SUR
LES TROUBLES LIES A L'USAGE D'ALCOOL,
DONNEE AU MEDECIN TRAITANT

THESE
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le 25 Mars 2019

PAR

LHOEST KAMEL

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

JUGES : Monsieur le Professeur Eric NGUYEN-KHAC

Monsieur le Professeur Mickaël NAASSILA

Monsieur le Docteur Youssef BENNIS

DIRECTEURS : Monsieur le Docteur Mohamed BOUCHKARA

Monsieur le Docteur Hakim HOUCHI

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Alain DERVAUX
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Psychiatrie Adultes

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous remercie de votre confiance et de l'intérêt que vous avez manifesté à l'égard de mon travail, dans l'espoir que celui ci vous ait apporté satisfaction. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Éric NGUYEN-KHAC
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
Hépatogastroentérologie
Chef du Service d'Hépatogastroentérologie
Pôle "Médecine chirurgicale digestive, rénale, infectieuse, médecine interne et endocrinologie"
(D.R.I.M.E)

Je suis honoré de votre présence dans mon jury et d'apporter vos connaissances à la critique de ce travail. Je vous prie de recevoir mon profond respect et ma gratitude.

Monsieur le Professeur Mickaël NAASSILA
Professeur des Universités
Pharmacie
Directeur de l'Unité INSERM UMR 1247

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger à mon jury de thèse. Je suis plus qu'honoré de votre présence ce jour. Veuillez recevoir mon profond respect et ma gratitude.

Monsieur le Docteur Youssef BENNIS
Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
Pharmacologie clinique

Je suis honoré de votre présence dans mon jury de thèse. Je vous exprime mon respect sincère et toute ma gratitude.

Monsieur le Docteur Mohamed BOUCHKARA

Médecine Générale - Amiens

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de m'accompagner dans ce travail. Soyez assuré de ma reconnaissance et de ma gratitude.

Monsieur le Docteur Hakim HOUCHI

Praticien Hospitalier

Groupe de Recherche sur l'Alcool et les Pharmacodépendances (GRAP)

CHU Amiens

Equipe INSERM U 1247

Je te remercie d'avoir accepté d'encadrer mon travail de thèse si spontanément et de m'avoir suivi et soutenu dans tous mes contretemps malgré tes nombreuses obligations. Ta pédagogie, ton encadrement et ton égale bienveillance sont les valeurs inestimables qui ont animé nos échanges ces derniers mois.

Cette thèse marquera pour moi un apprentissage dirigé sur un domaine méconnu, qui a pris du sens grâce à ton encadrement. Je suis heureux de cette rencontre humainement enrichissante. Accepte cher Hakim, ma reconnaissance et mon respect.

Table des matières

Table des matières	1
Résumé	2
Abstract	3
1. Introduction	4
1.1. Consommation d'alcool : définitions et complications liées	5
1.1.1. Les différents types de consommation d'alcool	5
1.1.2. Les seuils de consommation d'alcool	5
1.1.3. Symptômes et complications liés aux troubles de la consommation d'alcool	6
1.2. Repérage précoce et intervention brève (RPIB) : cas de la dépendance à l'alcool	6
1.2.1. Définition et origine du RPIB	6
1.2.2. Succès et limites du RPIB	8
1.2.3. Le questionnaire FACE	8
1.2.4. Etat des lieux de la pratique du RPIB en France	9
1.3. Alcool et urgences	9
1.4. Intérêt de la pratique du RPIB dans la prise en charge addictologique d'un patient pour le médecin traitant 11	
2. Matériel et méthodes	12
3. Résultats	12
3.1. Diagrammes des flux	14
3.2. Résultats du questionnaire FACE	16
3.3. Résultats du questionnaire déployé auprès des médecins généralistes	19
4. Discussion	29
5. Conclusion	Erreur ! Signet non défini.
Bibliographie	29
Annexes	41

Résumé

Introduction : Les médecins généralistes sont de plus en plus encouragés à pratiquer le repérage précoce et intervention brève (RPIB) en vue de limiter les troubles liés à l'usage d'alcool. Pourtant, son efficacité et ses limites sont encore discutées à l'heure actuelle. D'où la nécessité d'analyser l'intérêt pour les médecins généralistes de disposer d'un renseignement relatif au statut alcoologique de leurs patients dans l'amélioration de leur prise en charge addictologique.

Matériel et méthodes : Dans un premier temps, sur une file active de 1200 patients aux urgences médicales de Saint Quentin, 297 patients se sont vus proposer de participer à l'étude. Afin d'identifier une consommation à risque et/ou une dépendance à l'alcool 146 patients ont été retenus pour répondre à un questionnaire FACE. Un second questionnaire destiné aux médecins traitant été élaboré en vue d'analyser l'intérêt de leur communiquer le résultat du score FACE sur les troubles liés à l'usage d'alcool (TUA) de leurs patients.

Résultats : L'analyse des données a été effectuée sur 46 patients dont le TUA est caractérisé par score FACE ≥ 4 (F) ou 5(H) et leurs 18 médecins traitants respectifs. La moyenne d'âge de ces médecins généralistes était alors de 54 ans, 76,4% d'entre eux étaient des hommes, 23,5% d'entre eux se sont dit formés en addictologie. De plus 71% de ces médecins interrogés disent avoir bien reçu le courrier, et parmi ceux là, 67% disent l'avoir lu. Notons également que 45% des patients se sont vu inscrire leur CDA dans leur dossier après réception et lecture du courrier. Les médecins ayant trouvé le courrier informatif abordent plus facilement le TUA avec leurs patients ($p < 0,001$). La prise en charge par les médecins traitants a tendance à être mieux adaptée chez les patients présentant une dépendance. Il existe une tendance non significative permettant d'avancer que les patients qui présentent un TUA sans dépendance sont plus facilement méconnus par leur médecin traitant que les patients présentant un TUA avec dépendance ($p = 0,16$).

Conclusion : L'ensemble des données montre que les patients présentant un TUA avec dépendance sont mal pris en charge par leur médecin traitant, mais surtout que les patients présentant un TUA sans dépendance sont méconnus par leur médecin généraliste, et donc moins bien pris en charge. Cependant, le fait d'informer le médecin traitant sur le TUA de son patient permet de modifier la pratique en abordant le sujet alcool et notant la CDA dans le dossier médical.

Mots clés : alcool – addiction – mésusage – repérage précoce et intervention brève – médecins généralistes – communication.

Abstract

Introduction : GPs are increasingly encouraged to practice early identification and brief intervention (IBRP) to limit alcohol-related disorders. However, its effectiveness and limits are still discussed at present. Hence, the need to analyze the interest to inform general practitioners regarding the (Alcohol Use Disorder) AUD status of their patients and to improve their AUD.

Material and methods: Initially, in an active queue of 1,200 patients in Saint Quentin's medical emergencies unit, 297 patients were offered to participate in the study and 146 patients were selected to answer a FACE questionnaire in order to identify alcohol misuse and / or dependence. A second questionnaire for physicians was developed to analyze the interest of the FACE score on Alcohol Use Disorder (AUD).

Results: Data analysis was performed on 46 patients whose AUD is characterized by FACE score ≥ 4 (F) or 5 (H) and their respective 18 treating physicians. The average age of these general practitioners was 54 years, 76,4% of them were men, 23,5% of them said they were trained in addictology. In addition, 71% of these doctors said they had received the medical report, and among those, 67% said they had read it. It should also be noted that 45% of the self-reported alcohol consumption have been recorder after medical report reading. The more informative was the medical report, more easy was the discussion of the AUD of their patients ($p < 0.001$). Treatment by referring physicians tends to be better adapted in patients with addiction. There is a statistical tendency to say that the AUD without dependence patients are suffering of misdiagnostic by their general practitioner when they are compared to patients with AUD with dependence ($p = 0,16$).

Discussion: Our data shows that patients with an AUD with dependence are poorly taken in care by their general practitioners , but especially that patients with a without AUD dependence are not well known by their general practitioner, and therefore less well managed. However, the fact of informing the general practitioner about the AUD of his patient makes it possible to modify the practice by approaching the subject alcohol and noting the self-report alcohol consumption.

Conclusion: The addictology training of general practitioners and the awareness of their role in improving the addiction treatment of a patient are necessary for these professionals to be involved in the practice of EIBI.

Keywords: alcohol - addiction - misuse - early identification and brief intervention - general practitioners - management.

1. Introduction

La consommation d'alcool a depuis longtemps été considérée comme un facteur de risque important de maladie et d'invalidité, mais surtout de mortalité [1]. En effet, cette substance entraîne chaque année plus de 3 millions de décès dans le monde, ce qui représente 5,9% des décès [2]. Concernant les données en France, 49 000 décès annuels sont attribuables à l'alcool [3]. Une telle situation met en exergue le fait que les troubles liés à l'usage d'alcool (TUA) constituent un problème majeur de santé publique. De plus, il a été relevé que plus de 10% de la population générale présentent ces troubles tout en faisant état d'une dépendance, et plus de 20% présentent un usage supérieur au seuil de risque [3]. D'où l'intérêt d'accorder une attention particulière au dépistage précoce des troubles liés à l'usage d'alcool.

Cette pratique est précisément considérée comme étant un des facteurs préventifs permettant de limiter les complications liées à l'usage d'alcool, notamment sur les plans psychiatrique, somatique et sociale. Il a été observé que de nombreux patients ayant nécessité un passage en unité de soins d'urgence présentent une comorbidité alcoolique qui est en lien avec leur motif de recours. Lorsque ces derniers sont adressés à leur médecin traitant, les TUA ne sont pas abordés [4]. En effet, différentes raisons expliquent le non-recours au Repérage Précoce et Intervention Brève (RPIB) par les médecins-généralistes en France, à savoir le manque de temps, la difficulté à parler de l'alcool avec les patients, la prise en charge uniquement des patients considérés comme étant « à risque », et la réorientation du patient vers des structures externes [4]. Pourtant, le médecin généraliste se présente en première ligne de la prévention primaire en alcoologie. Il est pareillement chargé du suivi et de la prise en charge des éventuelles complications. Ces différents rôles du médecin généraliste montrent que ce dernier devrait s'intéresser à l'information clinique reçue par une structure de soins d'urgence sur un patient.

Dans ce cas, la transmission au médecin traitant du TUA du patient, renseigné dans une unité d'urgence améliore-t-elle la prise en charge alcoologique du patient ?

Afin de mieux répondre, le présent travail porte sur l'intérêt de la pratique du Repérage Précoce et Intervention Brève (RPIB) dans un service d'urgences pour les médecins traitants. Dans un premier temps, la consommation d'alcool et les complications liées seront abordées. Ensuite, la pratique du RPIB sera développée afin de mieux appréhender la situation en France. L'épidémiologie de l'alcool dans les unités d'urgences médicales sera pareillement développée. Enfin, l'intérêt d'une telle pratique sera analysé. Dans un second temps, une étude de terrain réalisée en vue d'apporter des réponses à la problématique sera présentée, et les résultats feront l'objet d'une discussion.

1.1. Consommation d'alcool : définitions et complications liées

L'alcool représente le troisième facteur de risque le plus important après le tabagisme et l'hypertension artérielle susceptible d'entraîner des pathologies mais aussi des décès prématurés chez les personnes qui en consomment [5]. Par conséquent, il est considéré comme opportun d'aborder dans ce premier chapitre les différents modes de consommation, et ce, afin de pouvoir déterminer la place du repérage et de la prise en charge des patients présentant une consommation à risque par le médecin généraliste.

1.1.1. Les différents types de consommation d'alcool

Trois types de consommation d'alcool peuvent être identifiés : le non-usage, l'usage, et le mésusage [6] :

- Le non-usage : le sujet s'astreint à une abstinence stricte à la consommation d'alcool et est appelé non-consommateur.
- L'usage simple : le sujet qui se situe dans cette catégorie consomme de l'alcool de façon modérée et occasionnelle. Par conséquent, les risques que présentent l'usage simple sont faibles.
- Le mésusage : il correspond à tout comportement de consommation d'alcool pouvant entraîner des risques ou des problèmes pour l'individu. Le mésusage inclut ainsi l'usage à risque, l'usage nocif, et la dépendance.

L'usage à risque concerne une personne qui dépasse les seuils définis par l'OMS ou qui consomme de l'alcool lors d'une situation à risque. Elle devient alors un consommateur à risque, car son comportement est susceptible d'entraîner des dommages. Toutefois, ce comportement n'entraîne pas de dommages induits, et ne présente aucune dépendance.

Lors de **l'usage nocif**, bien que le sujet ne fasse pas état de dépendance, son comportement provoque au moins un dommage sur les plans suivants : médical, social ou psychique.

La dépendance n'est caractérisée ni par les dommages induits ni par la quantité consommée par le sujet. Ce dernier qualifié d'alcoolodépendant fait état de troubles, notamment psychiques et comportementaux. En effet, l'alcoolodépendance est un trouble complexe définissant une dépendance clinique et pharmacologique qui touche environ 5,4% de la population en général au cours de la vie [12]. Elle représente un phénotype complexe et hétérogène, comportant des composantes à la fois comportementales, psychologiques, pharmacologiques et médicales [6]. La CIM 11 et DSM 5 s'accordent à dire que l'alcoolodépendance est un usage inadapté de l'alcool, entraînant une souffrance clinique (somatique, psychique et environnementale) significative et le maintien du comportement consommatoire malgré la connaissance des conséquences négatives. [69] [70]

1.1.2. Les seuils de consommation d'alcool

Nombreux sont les pays qui ont défini des mesures relatives à la consommation d'alcool présentant un faible risque. Ces recommandations ont été déterminées en fonction de différents critères tels que le sexe, l'âge, ou encore les circonstances. En matière de quantité, il a été relevé que chaque pays a défini son propre seuil et ce, même si tous les acteurs se sont accordés sur le fait que certaines catégories d'individus doivent adopter une abstinence stricte, notamment les femmes enceintes ou encore les conducteurs [8]. Des directives internationales de consommation d'alcool ont alors été définies (cf. **Annexe 1**).

Pour la France, les seuils de consommation à risque sont déterminés en fonction de l'unité de verre standard consommé, et se présentent comme suit [2 ; 10] :

- Pour une femme : l'alcool consommé ne doit pas excéder 14 verres standard par semaine, soit 2 verres standard par jour ;
- Pour un homme : l'alcool consommé ne doit pas dépasser 21 verres standard par semaine, soit 3 verres standard par jour ;
- En cas d'occasion (fêtes, soirées, repas), l'alcool consommé doit être inférieur à 4 verres standard ; et
- Un individu doit au moins consacrer un jour par semaine sans consommer d'alcool

1.1.3. Symptômes et complications liés aux troubles de la consommation d'alcool

➤ Les symptômes et es complications

Les symptômes liés aux troubles de la consommation d'alcool diffèrent en fonction de la phase dans laquelle se situe l'individu, et 4 phases ont été identifiées et détaillées à l'*Annexe 2* [13].

Les troubles liés à l'alcool provoquent des complications chez l'individu au niveau psychologique, physique et social :

- Les complications psychologiques : trouble dépressif majeur [6 ; 7], comportements suicidaires [14], encéphalopathie hépatique [15], anxiété, trouble panique, hallucinations, délires et troubles psychotiques [7].
- Les complications physiques : altération du système digestif, maladies cardiovasculaires, troubles du système nerveux central et périphérique, ainsi que des cancers [1 ; 9].
- Les complications sociales : dommages sociaux [16], conflits conjugaux/relationnels, et changements de comportement [17],

1.2.Repérage précoce et intervention brève (RPIB) : cas de la dépendance à l'alcool

Etant donné que le travail se porte sur la prise en charge addictologique d'un patient par le médecin traitant, il apparaît opportun d'apporter une attention particulière au Repérage précoce et intervention brève (RPIB) qui fournit des renseignements sur le statut alcoolologique d'un individu. Dans ce chapitre, le RPIB sera défini et analysé, de sorte de faire ressortir ses succès et ses limites. Un état des lieux de sa pratique en France sera pareillement établi.

En vue d'établir le niveau de sévérité des troubles liés à la consommation d'alcool chez un individu, il est nécessaire de procéder à différentes évaluations [9 ; 20] :

- Une évaluation addictologique permettant de mesurer les consommations moyennes d'alcool et la fréquence des jours de forte consommation ;
- Une évaluation physique pour identifier les carences nutritionnelles, les troubles neuropsychologiques, les maladies alcooliques du foie ainsi que toutes les autres complications liées à la consommation d'alcool; et
- Une évaluation psychiatrique afin d'observer les symptômes telles que la dépression, l'anxiété sévère, les troubles bipolaires, et les troubles de la personnalité.

1.2.1. Définition et origine du RPIB

Face au nombre de décès liés à l'alcool et une volonté de rechercher à le réduire, l'OMS a mis en place, en 1980, un programme international appelé « *Less is better* ». Il s'agit d'un programme qui porte sur deux volets essentiels : l'information des individus identifiés en ce qui concerne les risques auxquels ils

sont exposés en matière d'alcool d'une part, et la proposition d'une intervention brève leur permettant de maîtriser leur consommation d'alcool d'autre part. D'où le concept de repérage précoce et intervention brève (RPIB) [22].

Dans ce contexte, les principaux acteurs de ce programme sont les professionnels des soins primaires. Ces derniers sont notamment chargés de promouvoir le dépistage précoce des comportements de consommation d'alcool pouvant entraîner des dommages tant au niveau physique que social. Le programme a été diffusé à grande échelle afin que chaque pays puisse adapter les outils du RPIB en fonction de sa situation [22].

Pour le cas de la France, la mise en place du RPIB a débuté à partir de 1998 dans cinq régions : Ile-de-France (1998), Aquitaine (2001), Champagne-Ardenne (2002), Bourgogne (2003), et Bretagne (2004). C'est en 2006 qu'une stratégie de diffusion nationale auprès des médecins généralistes [71] a été développée par le ministère de la Santé. Désormais, la formation au RPIB s'inscrit dans la liste des priorités de toutes les régions françaises. Les médecins généralistes sont formés essentiellement en soirée, et l'outil ayant été adopté par tous ces professionnels est le questionnaire FACE (*Fast Alcohol Consumption Evaluation*) [23].

Le RPIB comprend deux étapes essentielles qui sont le repérage précoce et l'intervention brève [9]. Le repérage précoce est systématique et concerne tous les patients. Il est réalisé tous les 12 mois, et lorsqu'un risque situationnel est observé : la conduite d'un véhicule, la période de grossesse, le suivi d'un traitement, etc..., le questionnaire FACE permet de réaliser ce repérage systématique.

Quant à l'intervention brève, la démarche est effectuée sur la base de l'entretien motivationnel de 5 à 20 minutes suivant différentes étapes appelées *FRAMES* [23] :

- *Feed-back* : restitution des résultats du questionnaire FACE au patient ;
- Responsabilisation du patient pour qu'il puisse changer son comportement ;
- *Advice* : conseil de modération ;
- *Menu* : proposition d'options destinées à modifier la consommation d'alcool du patient ;
- *Empathy* : bienveillance (sans jugement) ; et
- *Self-efficacy* : le patient est acteur de son changement, renforcement du sentiment d'auto-efficacité.

1.2.2. Succès et limites du RPIB

Différentes données issues de la littérature mettent en évidence l'efficacité du RPIB sur le plan international [23] [24] [25]. Bien que la démarche entreprise par les médecins généralistes diffère selon les études, notamment en termes de contenu, de durée, et d'intensité, ces dernières ont démontré qu'une réduction de la consommation excessive d'alcool est observée chez les patients concernés, alors que ce n'est pas le cas chez les autres patients n'ayant pas fait l'objet de la pratique. Les résultats de ces études soulignent même que ce succès du RPIB est justifié au-delà des doutes raisonnables [24].

La pratique du RPIB présente toutefois des limites qui se portent essentiellement sur le rôle des médecins généralistes. Malgré la stratégie de diffusion de la pratique à grande échelle, ainsi que les différentes formations dispensées à ces professionnels de santé, des évaluations menées auprès de ces derniers a permis de relever que nombreux sont encore les médecins généralistes qui ne mettent pas la pratique en application [25].

Cette situation résulte particulièrement du fait que ces professionnels ne réalisent pas encore l'impact réel des troubles liés à l'alcool pour leurs patients. De plus, la mise en œuvre du RPIB nécessite pour eux la mobilisation d'une ressource temporelle trop importante [25].

1.2.3. Le questionnaire FACE

Le questionnaire FACE ou Formule pour Approcher la Consommation d'alcool par Entretien (Fast Alcohol Consumption Evaluation) est un outil qui est utilisé dans le cadre du RPIB. Il offre aux médecins généralistes, dont la spécialisation n'est pas l'addictologie, d'intervenir auprès des patients faisant état de troubles liés à la consommation d'alcool et présentant un risque de dépendance à la substance afin de réduire ce risque, et ce, sans faire appel à un spécialiste [9].

Le questionnaire comporte 5 questions notées de 0 à 4 (cf. **Annexe 3**). A l'issue de sa réalisation, l'interprétation diffère selon que le patient soit un homme ou une femme :

- Pour une femme : la consommation d'alcool est à risque lorsque le score est supérieur ou égal à 4 ; et
- Pour un homme : lorsque le score est supérieur ou égal à 5, la consommation d'alcool est à risque.

Il convient de préciser qu'un score strictement supérieur à 8, pour les deux cas, permet d'observer la présence d'une probable dépendance à l'alcool.

1.2.4. *Etat des lieux de la pratique du RPIB en France*

La stratégie de diffusion de la pratique du RPIB au niveau des différentes régions françaises se poursuit en 2010. L'application de la méthode ne se limite plus à la médecine générale mais est également élargie à différents niveaux : santé au travail et scolaire, urgences, pharmaciens, périnatalité, et étudiants en matière de santé. Cette démarche a ainsi permis de renforcer les connaissances et les représentations des professionnels de santé en ce qui concerne la consommation d'alcool [25].

Pourtant, lorsqu'il s'agit de la pratique du RPIB par ces professionnels, l'impact de la stratégie de diffusion est moins significatif pour la santé publique. En effet, la pratique systématique du RPIB à tous les patients des médecins généralistes n'est pas respectée. C'est la raison pour laquelle dans une étude réalisée auprès de médecins généralistes, seuls 17 patients par médecin ont fait l'objet d'un RPIB, alors que ce chiffre devrait être de 35 patients par médecin dans la réalité [26]. Dans ce contexte, les principaux motifs qui limiteraient la pratique du RPIB par les médecins généralistes sont le temps restreint, le refus du patient, l'insuffisance de formation et de ressources, ainsi que la rémunération [26] [27].

1.3. Alcool et urgences

Différentes complications liées au mésusage de l'alcool constituent des motifs de recours aux urgences en France. C'est notamment le cas de l'hypertension artérielle (HTA), la gastrite, la polynévrite, la décompensation de diabète, et les complications cardiovasculaires [28] [29] [30]. Il est également considéré comme opportun d'aborder l'épidémiologie des troubles liés à l'alcool aux urgences psychiatriques.

➤ **L'hypertension artérielle (HTA)**

L'hypertension artérielle est une affection cardiovasculaire caractérisée par une pression anormalement élevée du sang dans les vaisseaux sanguins. Le mésusage de l'alcool constitue un facteur de risque de l'HTA. Dans ce contexte, l'alcool peut agir de deux manières [31] :

- Directement sur les cellules musculaires lisses vasculaires; ou
- Indirectement par stimulation des hormones concernées lors de la régulation hydro-sodée, ainsi que lors de la vasoconstriction artérielle de l'organisme.

Parmi les patients présentant une HTA admis aux urgences, 47% des cas sont imputables à l'alcool [32].

➤ **La gastrite**

La gastrite est une pathologie caractérisée par une inflammation de l'estomac, notamment au niveau de la muqueuse. Elle peut résulter d'une consommation excessive d'alcool. Quand l'individu concerné consomme régulièrement de l'alcool et de façon abusive, la gastrite devient chronique. 56% des cas de gastrites rencontrées aux urgences sont imputables à l'alcool [33].

➤ **La polynévrite**

La polynévrite est une pathologie neurologique atteignant le système nerveux. Elle peut apparaître suite à une intoxication à l'éthanol. Elle provoque une dégradation à la fois de la myéline et du système nerveux périphérique. Dans 37% des cas, les patients admis aux urgences pour polynévrite ont fait état d'une consommation excessive d'alcool [33].

➤ **La décompensation de diabète**

La décompensation de diabète ou acidocétose diabétique est une pathologie marquée par une importante complication du diabète, entraînant un coma chez le patient. Elle peut être liée à un mésusage d'alcool. L'incidence de la décompensation de diabète varie entre 4,6 et 8 cas pour 1000 patients faisant état d'un diabète. Le taux de mortalité lié à cette pathologie varie entre 0 à 15%, avec une moyenne de 5%. Les cas de décompensation de diabète attribuables à l'alcool admis aux urgences représentent 22% [34].

➤ **Les complications cardiovasculaires**

Les principales complications cardiovasculaires liées à l'alcool sont l'accident vasculaire cérébral (AVC), l'infarctus du myocarde (IDM), les troubles du rythme cardiaque, et la myocardiopathie (MCD). Différents facteurs de risques cardiovasculaires sont identifiés comme associés à l'alcool, notamment l'HTA, les dyslipidémies, ainsi que les troubles de l'hémostase. Il a été relevé qu'une consommation régulière d'alcool excédant 10 à 20 grammes par jour est associée à un risque de complications cardiovasculaires. Dans 29% des cas, les patients présentant des complications cardiovasculaires sont admis aux urgences pour mésusage d'alcool [35].

➤ **Urgences psychiatriques et alcool**

Aux urgences, une équipe est dédiée à la prise en charge des sujets présentant des troubles psychologiques et/ou psychiatriques. Les cas cliniques les plus courants sont l'agitation, le suicide, l'autoagressivité, l'état délirant, et la polytoxicomanie [36]. Le tableau suivant permet d'observer ces pathologies ainsi que celles qui sont attribuables à l'alcool aux urgences psychiatriques.

Tableau 1 : Pathologies attribuables à l'alcool aux urgences psychiatriques [36 – 37 – 38]

Cas cliniques		Parts attribuables à l'alcool
Agitation	Agitation anxieuse	0%
	Agitation toxique	62%
	Agitation psychotique	11%
	Agitation maniaque	0%
	Décompensation de personnalité pathologique	24%
	Agitation démentielle	3%
	Agitation épileptique	0%
Autoagressivité		39%
État délirant		31%
Polytoxicomanie	Ivresses pathologiques	52%

1.4. Intérêt de la pratique du RPIB dans la prise en charge addictologique d'un patient pour le médecin traitant

Pour le médecin traitant, l'intérêt de mettre en œuvre le RPIB répond à des besoins d'ordre pratique. En effet, grâce à cette démarche, il est possible de disposer d'un seuil de risque de consommation d'alcool. La pratique du RPIB permet pareillement au professionnel de santé d'identifier le niveau de consommation d'alcool des sujets se trouvant dans une situation spécifique nécessitant l'abstinence, notamment lors d'une grossesse, de l'enfance, ou encore de pathologies chroniques [25].

Par ailleurs, le médecin traitant est celui qui est en contact régulier avec le patient. Il est alors en mesure d'identifier les comportements à risque de ce dernier en matière de consommation d'alcool, et par la suite de le sensibiliser et de l'accompagner vers une amélioration de sa situation. Pourtant, une étude a permis de constater que 41% des patients faisant état d'un mésusage de l'alcool ne sont pas connus par les médecins traitant [27]. Face à de telles constatations, la pratique du RPIB se présente comme une démarche nécessaire pour une meilleure prise en charge addictologique des patients concernés.

OBJECTIF

L'objectif de l'étude de terrain est d'analyser l'intérêt du Repérage Précoce en alcoologie réalisé dans un service d'urgences médicales, pour une prise en charge alcoologique par le médecin traitant. Dans ce contexte, une enquête quantitative mono-centrique a été réalisée. L'analyse des données a porté sur l'évaluation de l'intervention ultra-brève et sur la manière dont l'information est traitée par le médecin généraliste.

2. Matériel et méthodes

Population

Le travail s'est déroulé en trois étapes, (I) Réalisation d'un Repérage Précoce auprès de patients admis aux urgences médicales de Saint Quentin dans le département de l'Aisne. La population cible concerne les patients admis quel que soit le motif de recours. La population exclue concerne les patients pour qui le pronostic vital est engagé, l'état de santé est incompatible avec l'interrogatoire, ainsi que les mineurs. (II) Envoi des résultats du score FACE aux médecins traitants respectifs. (III) Entretien téléphonique avec les médecins traitants, mais uniquement pour les patients présentant trouble lié à l'usage d'alcool (TUA)

Phases préparatoires

Le questionnaire qui est destiné aux médecins traitants des patients présentant des TUA (*Annexe 5*) permet d'observer non seulement l'interaction entre les services d'urgences et les médecins généralistes, mais aussi de mieux cerner l'intérêt du RPIB dans la prise en charge addictologique des patients. Le questionnaire comprend 14 questions réparties entre 3 principaux thèmes : informations générales sur le médecin, le courrier médical et l'intérêt pour le médecin traitant, puis la prise en charge addictologique.

Le recueil des données sur les TUA des patients admis aux urgences de Saint Quentin s'est déroulé sur la période du 7 mai 2018 au 27 mai 2018. La présentation du questionnaire FACE aux patients a été réalisée après leur avoir expliqué le contexte de l'étude et après avoir obtenu leur accord et leur consentement éclairé. Les patients ont été informés de la possibilité de se retirer de l'étude à n'importe quel moment sans justification préalable. Les données ont été recueillies, de manière manuscrite sur des questionnaires pré remplis. Afin de préserver les données personnelles, un numéro d'identification a été attribué à chaque patient, puis reporté sur un fichier Excel sécurisé par mot de passe détenu uniquement par les auteurs de ce travail. Sur ce fichier, apparaissaient les données nécessaires à la poursuite de l'étude (nom et coordonnées du médecin traitant, nom et date de naissance du patient).

Une autorisation a été accordée par l'administration du Centre Hospitalier de Saint Quentin et par le chef de service des Urgences au sein duquel a été réalisé le recueil de données.

Le planning de recueil sur cette période a été réalisé durant 3 semaines, à raison de 4 jours par semaine (Lundi, Mardi, Jeudi et Vendredi), 4 heures par jour.

Après l'identification des patients présentant une consommation à risque, (soit des hommes ayant un score ≥ 5 et des femmes dont le score est ≥ 4) et avec leur accord, la deuxième étape a consisté à informer leur médecin traitant respectif des scores FACE et des niveaux de risques liés à la consommation d'alcool. Puis, un entretien téléphonique a été réalisé avec chacun des médecins généralistes afin d'évaluer l'intérêt du RPIB dans la prise en charge addictologique de leurs patients. Toutes les données recueillies ont été reportées sur un fichier tableur.

Concernant les données obtenues une exploitation descriptive et analytique a été réalisée en vue de comparer la démarche des médecins généralistes interrogés, en matière de prise en charge addictologique avec les principaux critères de jugement qui sont le sexe, l'âge, le lieu d'exercice et la lecture du courrier. La partie analytique a consisté en une analyse univariée et bivariée à l'aide du test T de Student, du test de Khi2 ou du test de Fisher Exact.

Résultats

Dans le cadre de l'étude, les données des deux questionnaires ont été exploitées :

- auprès des patients admis aux urgences de Saint Quentin,
- auprès des médecins traitant des patients présentant des troubles liés à l'usage d'alcool (TUA).

2.1. Diagramme des flux

En premier lieu, il convient de préciser qu'aux urgences de Saint Quentin, la file active fait l'objet d'une centaine de passages par jour répartis entre 3 secteurs différents, à savoir :

- Le déchoquage où sont admis les patients dont le pronostic vital est engagé ;
- Le secteur dit « valide » où sont admis les patients non allongés sur un brancard ; et
- Le secteur dit « couché » où les patients sont sur un brancard.

J'ai ainsi passé 4 jours par semaines sur les lieux, à raison de 4 heures par jour. Ainsi, sur 12 jours, un passage moyen d'environ 1 200 patients a été relevé. Au total, j'ai pu voir 297 patients. Cependant, sur les 297 patients, 92 ne répondaient pas aux critères d'inclusion et 59 ont refusé de participer à l'étude.

Sur les 146 patients ayant accepté de participer à l'étude et respectant les critères d'inclusions, 57 présentent un mésusage tandis que 89 autres présentent un usage simple (score FACE <4(F) ou <5(H)). Sur les 57 patients restant, 21 patients ont un score FACE > 9. Ensuite, pour les 57 patients faisant état de mésusage avec ou sans dépendance, 23 médecins traitants ont été identifiés et interrogés dont seuls 18 ont accepté de participer à l'étude.

Ainsi, l'intérêt du RPIB a été évalué pour 46 patients pour les 18 médecins traitants répondants. En conséquence, la non participation de 5 médecins traitants n'a pas permis d'évaluer l'intérêt du RPIB pour 11 patients dont 6 patients avec un score >8.

Le diagramme des flux est alors schématisé comme suit.

Figure 1 : Diagramme des flux n° 1

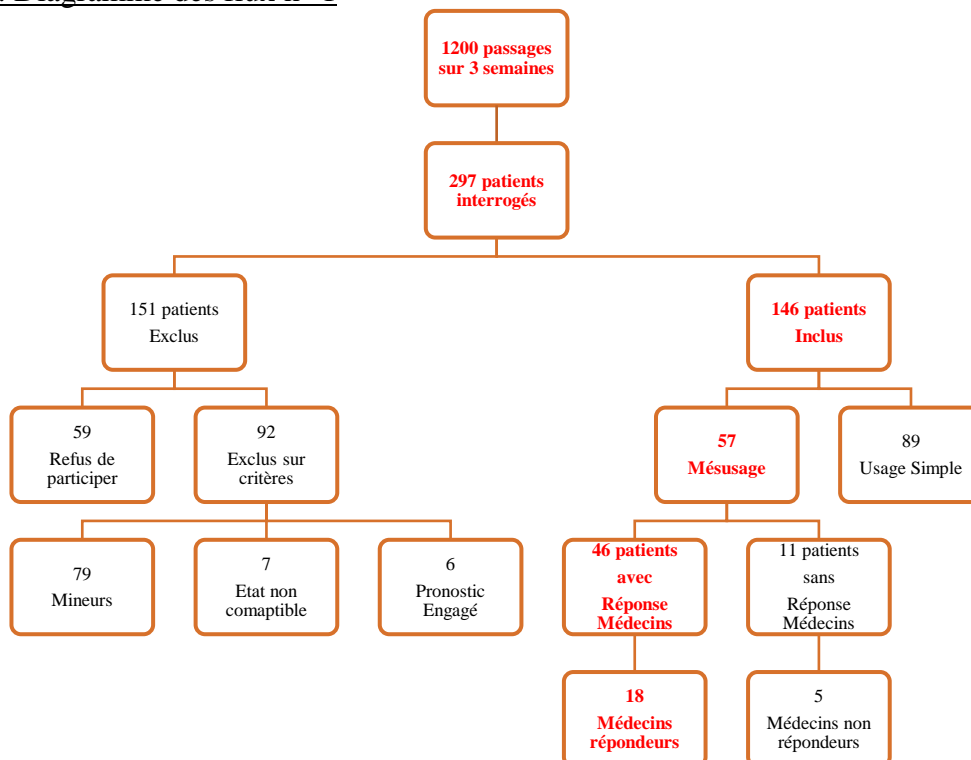


Tableau 2 : Caractéristiques des patients en fonction de leur usage

	<u>Population</u>	<u>Usage Simple</u>	<u>TUA sans Dép</u>	<u>TUA avec Dép</u>
N (%)	146	89 (61,0%)	36 (24,6%)	21 (14,4%)
Age (année)				
Moy +/- ESM	41,9 +/-1,5	42,5 +/-2,5	39,6 +/-2,4	45,6 +/-2,4
Genre				
Homme (%)	56,8%	50,0%	56,6%	81,0%

Sur les 146 patients ayant fait l'objet de l'étude, 25 (17,1%) ont été admis aux urgences de Saint Quentin pour des motifs cardiologiques (19 hommes et 6 femmes), 22 (15,1%) pour des motifs liés à l'endocrinologie (12 hommes et 10 femmes), 22 (15,1%) pour des motifs pneumologiques (12 hommes et 10 femmes), 22 (15,1%) pour des motifs liés à l'ORL (11 hommes et 11 femmes), 18 (12,3%) pour des motifs hépato-gastro (8 hommes et 10 femmes), 16 (10,9%) pour des motifs liés à la traumatologie (11 hommes et 5 femmes), 11 (7,5%) pour des motifs ophtalmologiques (5 hommes et 6 femmes), et 10 (6,8%) pour des motifs neurologiques (5 hommes et 5 femmes). Cf *Annexe 6*.

2.2. Résultats du questionnaire FACE

Sur la période de l'étude, 146 patients ont bénéficié de la dispensation du questionnaire FACE et ont été inclus dans l'analyse de données.

➤ Informations relatives aux patients

Les patients évalués sont composés de 57% d'hommes et de 43% de femmes. En ce qui concerne leurs motifs de recours aux urgences, ils sont variables :

- Cardiologie ;
- Pneumologie ;
- Oto-rhino-laryngologie (ORL) ;
- Ophtalmologie ;
- Neurologie ;
- Traumatologie ;
- Endocrinologie ; et
- Hépto Gastroentérologie.

L'âge des patients étudiés varie entre 18 et 89 ans. Leur moyenne d'âge est de 42 ans. Il est possible d'observer la répartition de ces patients suivant leur tranche d'âge à partir du graphique suivant (cf. figure 4).

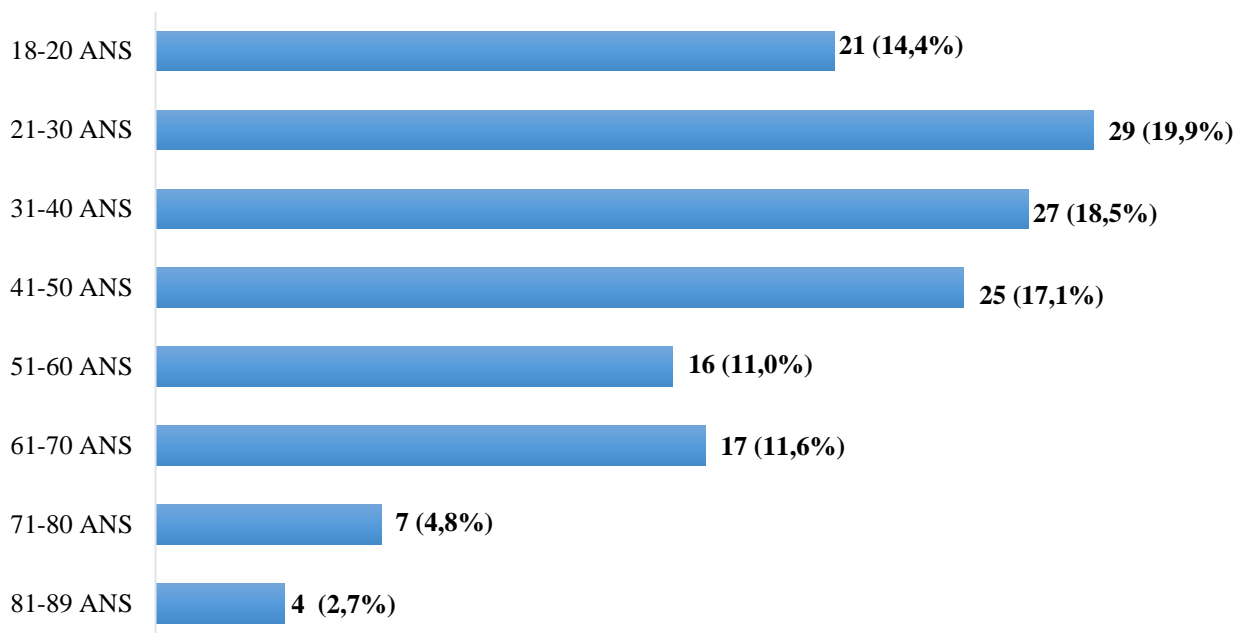


Figure 2 : Répartition des patients suivant la tranche d'âge

➤ Informations relatives à la consommation d'alcool des patients

Les informations relatives à la consommation d'alcool des patients sont issues des résultats du questionnaire FACE.

✚ Fréquence de consommation d'alcool

La majorité des patients évalués (29%) consomme de l'alcool 2 à 3 fois par semaine. Pour 21% des patients, la fréquence de consommation d'alcool est de 2 à 4 fois par mois. 18% des patients consomment de l'alcool 1 fois par mois ou moins. Si 11% des patients ont un score 0, du fait qu'ils ne boivent jamais d'alcool, 21% en consomment 4 fois par semaine voire plus. (cf. figure 5).

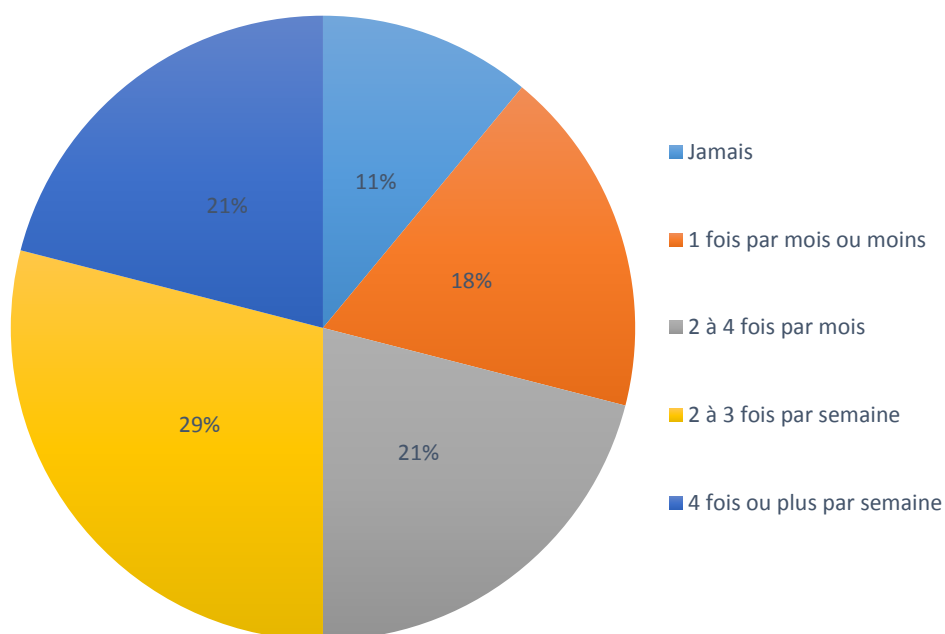


Figure 3 : Fréquence de consommation d'alcool des patients

Score FACE

Une fois le score FACE de chaque patient obtenu, il est possible de le catégoriser en fonction de son niveau de risque de consommation : Niveau 1 : Usage Simple, Niveau 2 : TUA sans Dépendance, Niveau 3 TUA avec Dépendance probable.

- Niveau 1 : Abstinence ou usage non problématique, score < 4 (F) ou <5 (H) ;
- Niveau 2 : Usage à risque ; $4 \leq \text{score} < 9$ (F) ou $5 \leq \text{score} < 9$ (H)
- Niveau 3 : Dépendance, score ≥ 9

Ainsi, la majorité des patients (61%) présentent un niveau 1. 25% sont au niveau 2, et 14% au niveau 3 (cf. figure 6).

Niveau de Risque du Score FACE

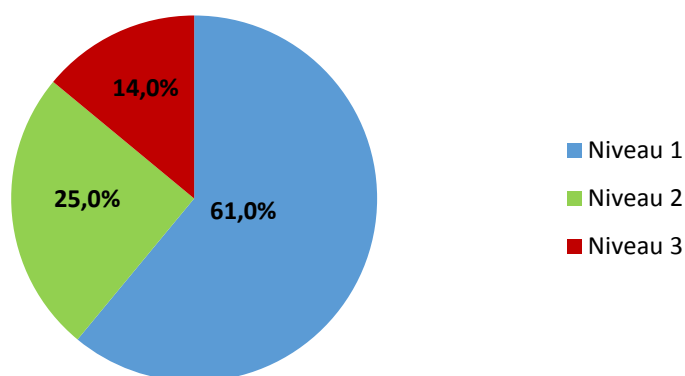


Figure 4 : Répartition des patients suivant le niveau de risque

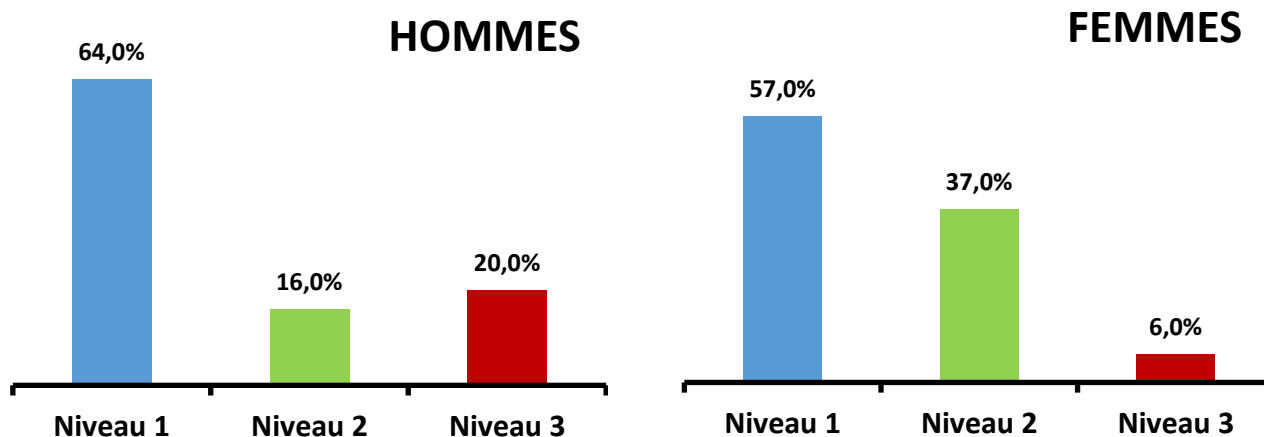


Figure 5 : Répartition des patients suivant le sexe et le niveau de risque

Nos données de score FACE sur l'ensemble des patients ayant accepté de participer à notre étude (n=146) montrent qu'il existe une différence significative dans la distribution des niveaux de risques entre les hommes et les femmes (test Khi2 (146;2) = 11.5, p=0.003). Ainsi les TUA sans dépendance sont majoritaires chez les femmes (37% vs 16%), alors que les TUA avec dépendance probable sont majoritaires chez les hommes (20% vs 6%).

Par ailleurs, un patient ayant un risque de niveau 3, en d'autres termes qui présente un état de dépendance probable, fait déjà l'objet d'un suivi addictologique (cf. figure 8).

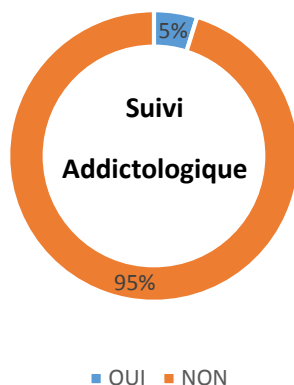


Figure 6 : Patients faisant déjà l'objet d'un suivi addictologique

2.3. Résultats du questionnaire soumis auprès des médecins généralistes

Cinquante sept (57) patients admis aux urgences de Saint Quentin ont été identifiés comme présentant un mésusage. Les médecins traitants de ces derniers ont alors été contactés en vue de mieux aborder leur mode de prise en charge addictologique et l'impact du RPIB sur leur démarche. Les 57 patients sont répartis entre 23 médecins généralistes, comme le graphique suivant l'indique cf. figure 9).

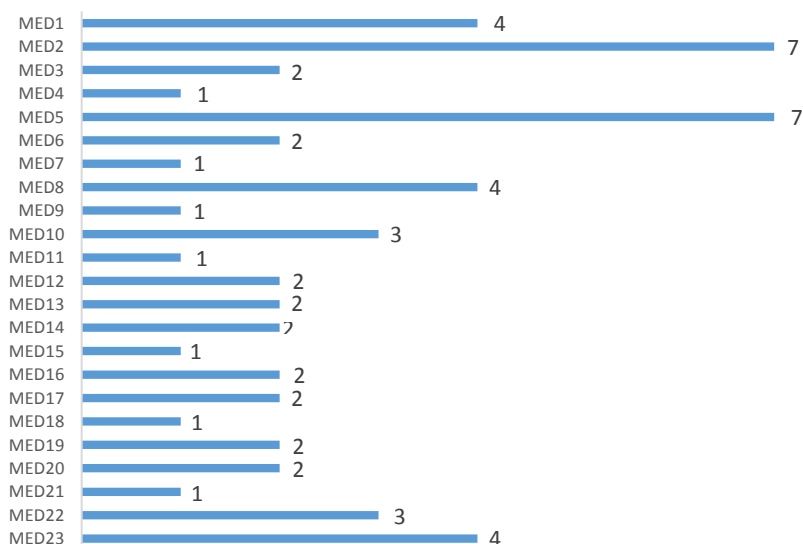


Figure 7 : Répartition des patients par médecin traitant

Toutefois, parmi ces 23 médecins identifiés et contactés, 5 ont refusé de participer à l'étude. Il s'agit du médecin 7 (1 patient), du médecin 14 (2 patients), du médecin 17 (2 patients), du médecin 20 (2 patients), et du médecin 23 (4 patients). Cela implique que 11 patients ont été exclus de l'étude. Ainsi, cette deuxième étape se porte sur les 46 patients restants répartis entre 18 médecins traitants.

➤ Informations générales sur les médecins

La moyenne d'âge des médecins traitant est de 54 ans +/-2,06. Le médecin le plus jeune est âgé de 37 ans (med4), et le plus âgé a 64 ans (med16). Quant à la tranche d'âge 51-60 ans, elle constitue une majorité des médecins (35%).

La majorité des médecins généralistes ayant fait l'objet de l'enquête (72,2%) sont des hommes.

Une majorité des médecins généralistes (38,9%) exerce en zone urbaine, 33,3% exercent en milieu rural, et 27,8% en zone semi rurale.

Si 15 médecins généralistes disposent de dossiers patients informatisés (83,3%), ce n'est pas le cas pour les 3 médecins restants (med3, med9, med11).

Notons que 22,2% (n=4) des médecins généralistes questionnés ont bénéficié d'une formation en addictologie. Les 77,8% restants ont affirmé ne pas avoir suivi une telle formation.

Le tableau ci-après permet de récapituler les informations générales concernant les médecins traitant ayant fait l'objet de l'étude.

	<u>Moyenne ou %</u>	<u>n</u>
Age (en années)		
Moyenne +/- ESM	54,0 +/- 2,06	18
Genre		
Homme (%)	72,2%	13
Mode d'Exercice		
Rural	33,3%	6
Urbain	38,9%	7
Semi Rural	27,8%	5
Médecins informatisés	83,3%	15
Oui (%)		
Médecins formés		
En addictologie (%)	22,2%	4

Tableau 3 : Informations générales sur les médecins traitant

➤ **Courrier**

On note que près de 72,2% des médecins généralistes confirment avoir bien reçu un courrier concernant le dépistage systématique aux urgences des troubles liés à l'usage d'alcool dont a bénéficié leur patient et que parmi les médecins informés, 69,2% ont lu le courrier.

De plus parmi les médecins qui ont lu le courrier, 55,5% le trouvent utile, et parmi ceux qui l'ont trouvé utile, 60% le considèrent comme informatif.

Concernant la Consommation Déclarée d'Alcool (CDA), 100% des médecins ayant trouvé le courrier informatif l'ont reportée dans le dossier patient. Notons que parmi les médecins n'ayant trouvé le courrier ni utile, ni informatif, aucun d'entre eux n'a reporté la CDA de ses patients.

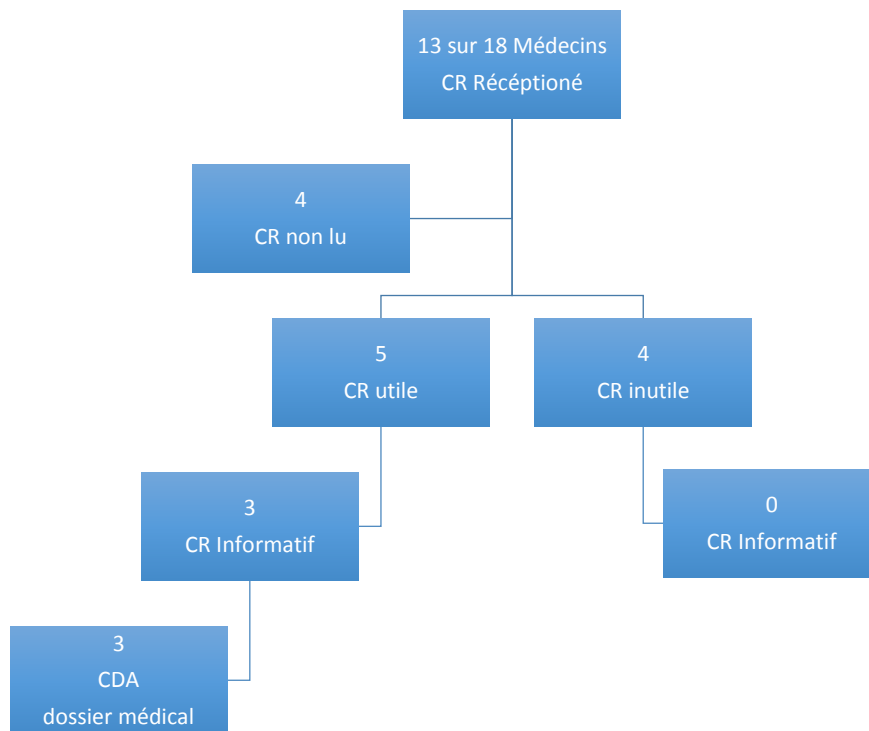


Figure 8 : Informations générales sur le courrier envoyé aux médecins traitants

➤ **Informations sur la prise en charge addictologique**

A l'issue de l'obtention des choix multiples relatifs à la situation à risque des patients admis aux urgences de Saint Quentin, pour 45% des patients, leur médecin traitant ne prévoit aucun changement dans la démarche de prise en charge. Pour 16% des patients, le médecin prévoit une abstention thérapeutique, pour 16% des règles hygiéno-diététiques, pour 16% des traitements médicamenteux, pour 9% l'orientation vers un confrère spécialiste ou une structure dédiée. Quant à 18% des patients, leur prise en charge n'a pas été renseignée par leurs médecins traitant (cf. figure 10).

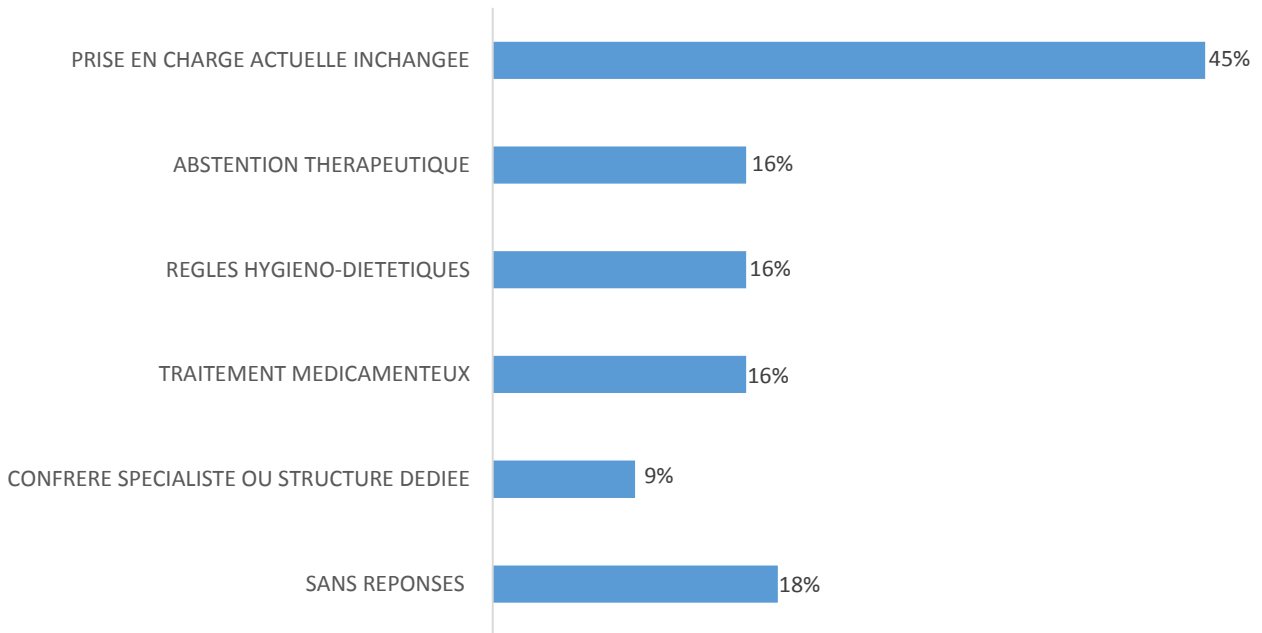


Figure 9 : Répartition des patients suivant leur prise en charge addictologique par les médecins généralistes suite au déploiement du questionnaire FACE

Ce travail a permis de relever que pour 41% des médecins généralistes questionnés, le fait d'obtenir des informations liées au comportement alcoolologique de leurs patients ne change rien à leur démarche de prise en charge. Pour 59% de ces médecins, leur démarche a été ajustée en fonction des renseignements qu'ils ont obtenus.

Abord du TUA en fonction du caractère informatif ou non du courrier

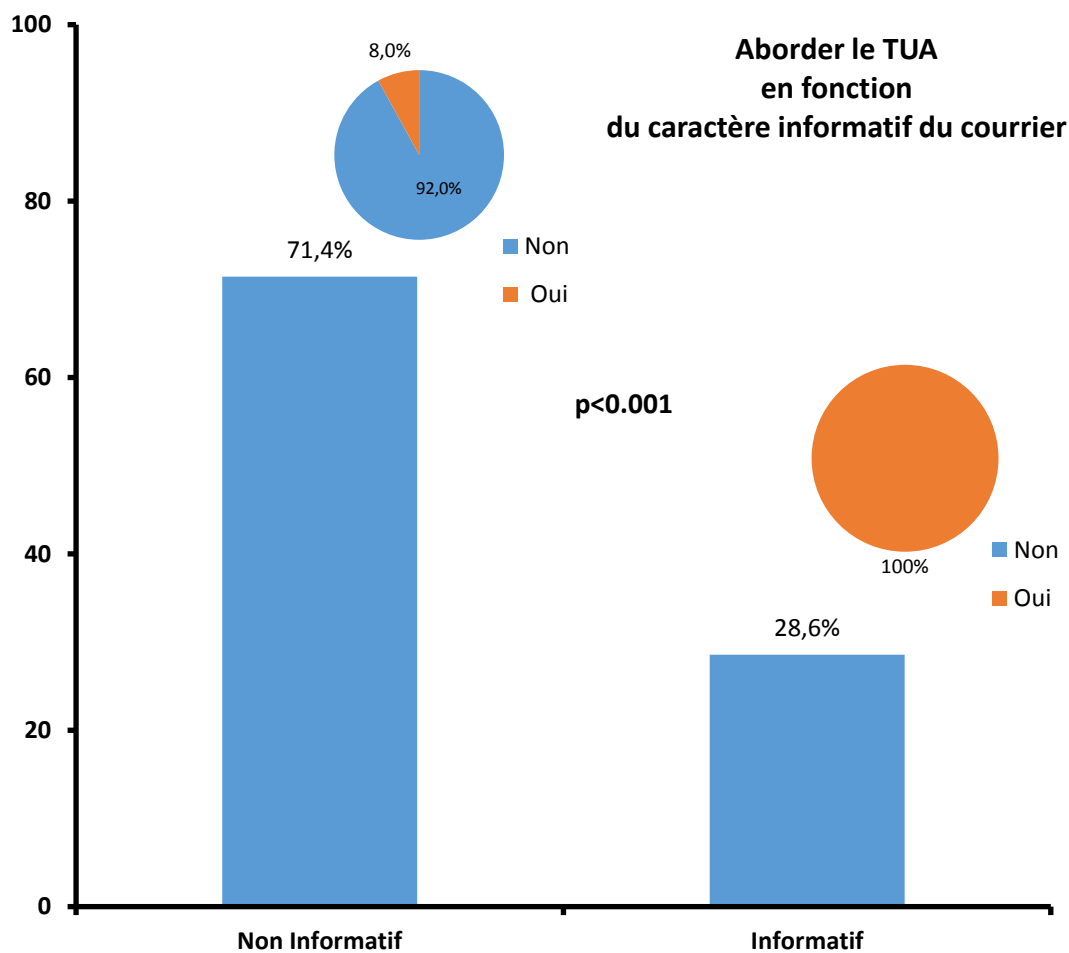


Figure 10 : Abord du TUA en fonction du caractère informatif du courrier

Parmi les médecins ayant trouvé le courrier non informatif (71.4%), la majorité de leurs patients ayant un TUA n'a pas bénéficié de l'abord du sujet (92,0%). Cependant, bien que moins de 1/3 des médecins trouvent que le courrier soit informatif, l'ensemble de leurs patients (100%) ont bénéficié de l'abord de leur TUA pendant une consultation non dédiée (test Fischer Exact (35;1) = 23.9; p<0,001).

Adéquation de la PEC en fonction du score FACE

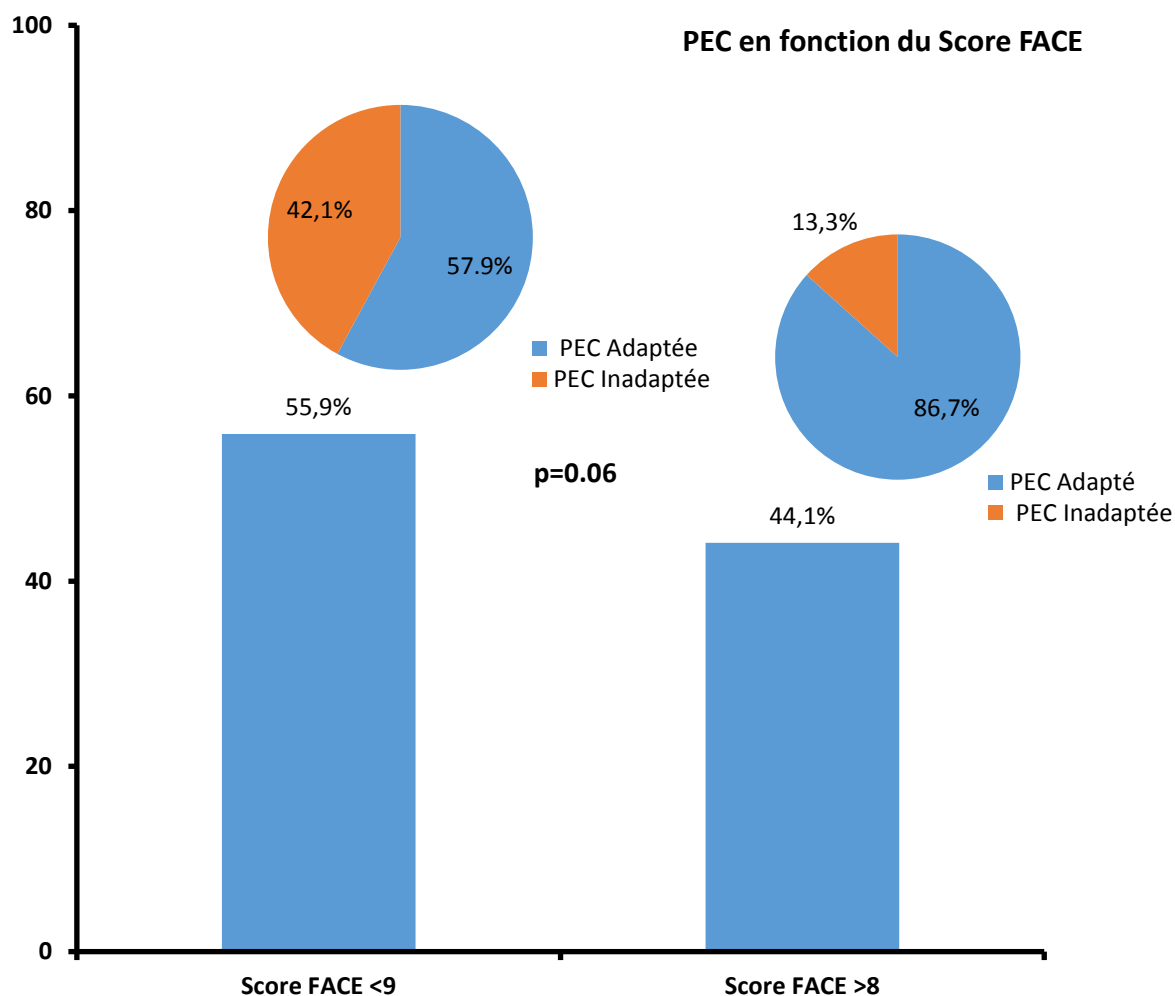


Figure 11 : PEC addictologique en fonction du score FACE du patient

Nos données montrent qu'il existe une tendance non significative (test $\chi^2(34;1)=3.42$, $p=0.06$) dans la prise en charge du TUA en fonction du caractère "avec ou sans dépendance probable". Ainsi les patients présentant un score FACE >8 (44.1%) bénéficient plus fréquemment d'une PEC adaptée (86,7%) comparativement à ceux qui présentent un TUA sans dépendance (55.9%) avec seulement 57.9% de PEC adaptée.

✚ Découverte du TUA en fonction du score FACE

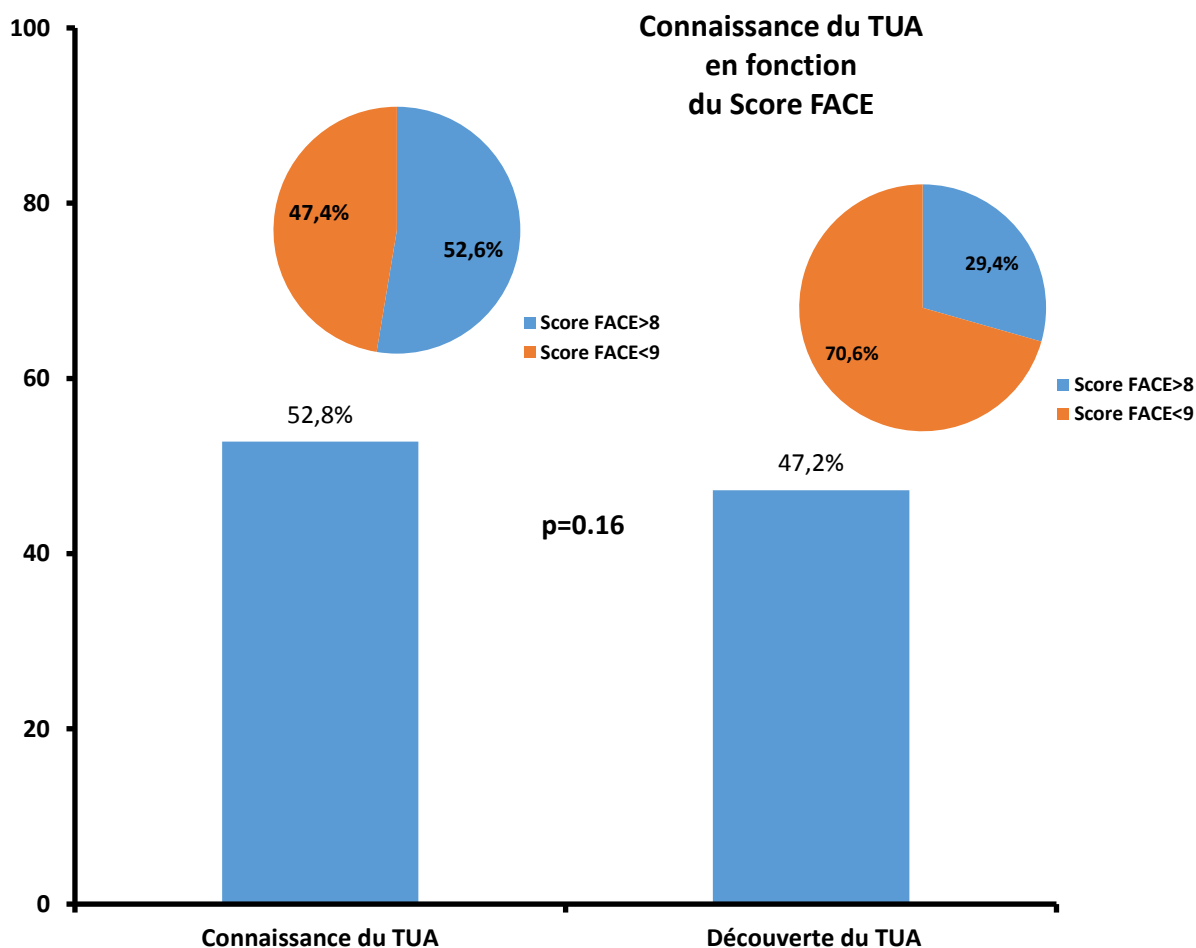


Figure 12 : Découverte du TUA en fonction du score FACE du patient

Près de 70,6% des patients pour qui le courrier médical permet la découverte du TUA ont un score FACE <9, alors que quand le TUA est déjà connu, les patients présentant une dépendance probable sont majoritaires (52,6%), (Test $\chi^2(36;1)=1.99$, $p=0,16$), tendance non significative.

Prise en charge addictologique et âge des médecins généralistes

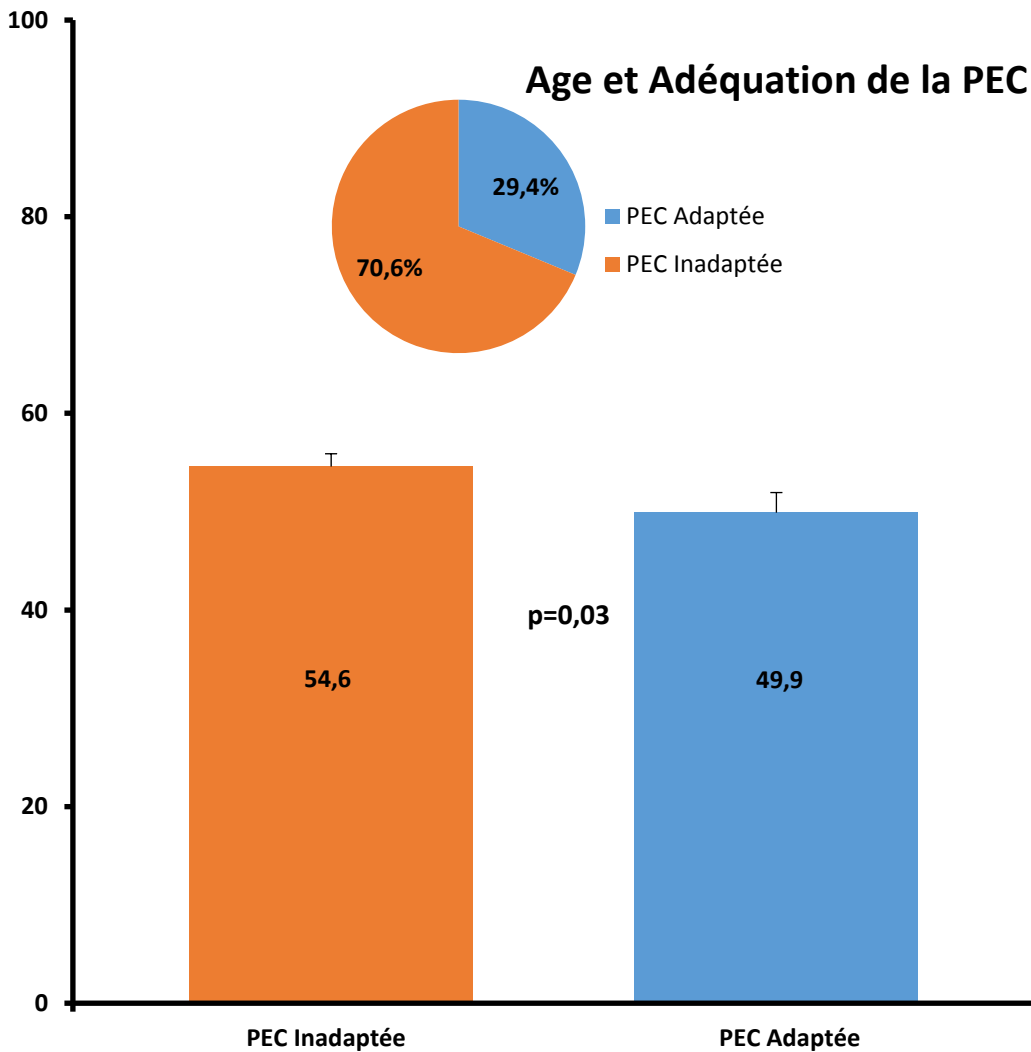


Figure 13 : Age des médecins généralistes et adéquation de la PEC addictologique

Sur notre échantillon de médecin (n=18) ayant répondu au questionnaire l'âge moyen est 54,0 ans +/- 2,06. Seuls 29.4% d'entre eux adoptent une PEC adaptée quelque soit le TUA de leurs patients. On note également que l'âge est un facteur significatif de la PEC. Ainsi les médecins qui adoptent une PEC adaptée sont significativement plus jeunes avec une différence de 4,7 ans (Test T-Student p=0.03).

 Prise en charge addictologique et lieu d'exercice des médecins généralistes

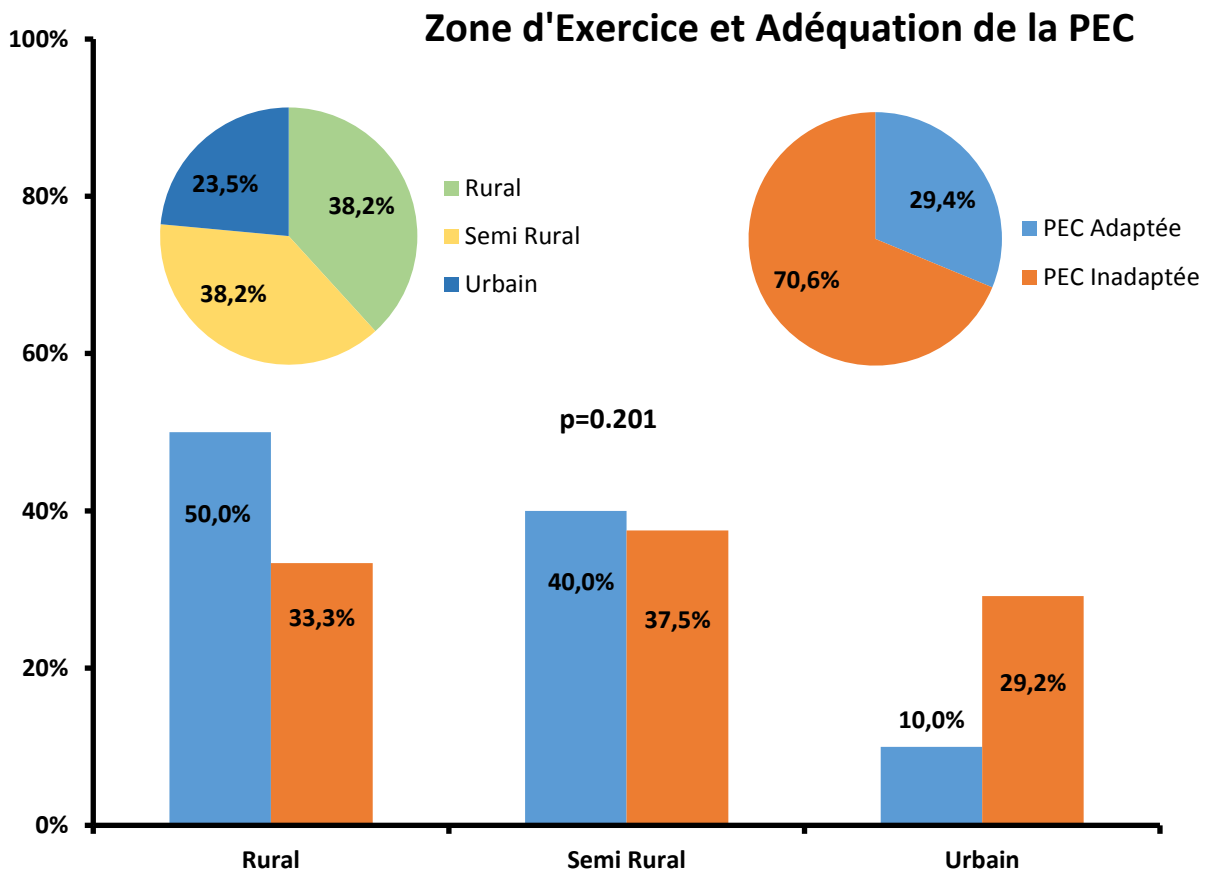


Figure 14 : Zone d'exercice et adéquation de la PEC addictologique

Parmi les médecins interrogés, leurs PEC se font en milieu rural, semi rural et urbain respectivement à hauteur de 38,2%, 38,2% et 23,5%. Sur l'ensemble de notre échantillon, seuls 29,4% adoptent une PEC adaptée, et plus précisément en fonction du milieu d'exercice rural, semi rural et urbain, la PEC adaptée se répartit respectivement en 50,0%, 40,0%, 10,0%. Bien que sur les données absolues il existe une différence dans la PEC entre le milieu rural et urbain, on ne retrouve pas cette différence au niveau statistique (test Fischer Exact, $p=0.201$)

Prise en charge addictologique en fonction du sexe des médecins généralistes

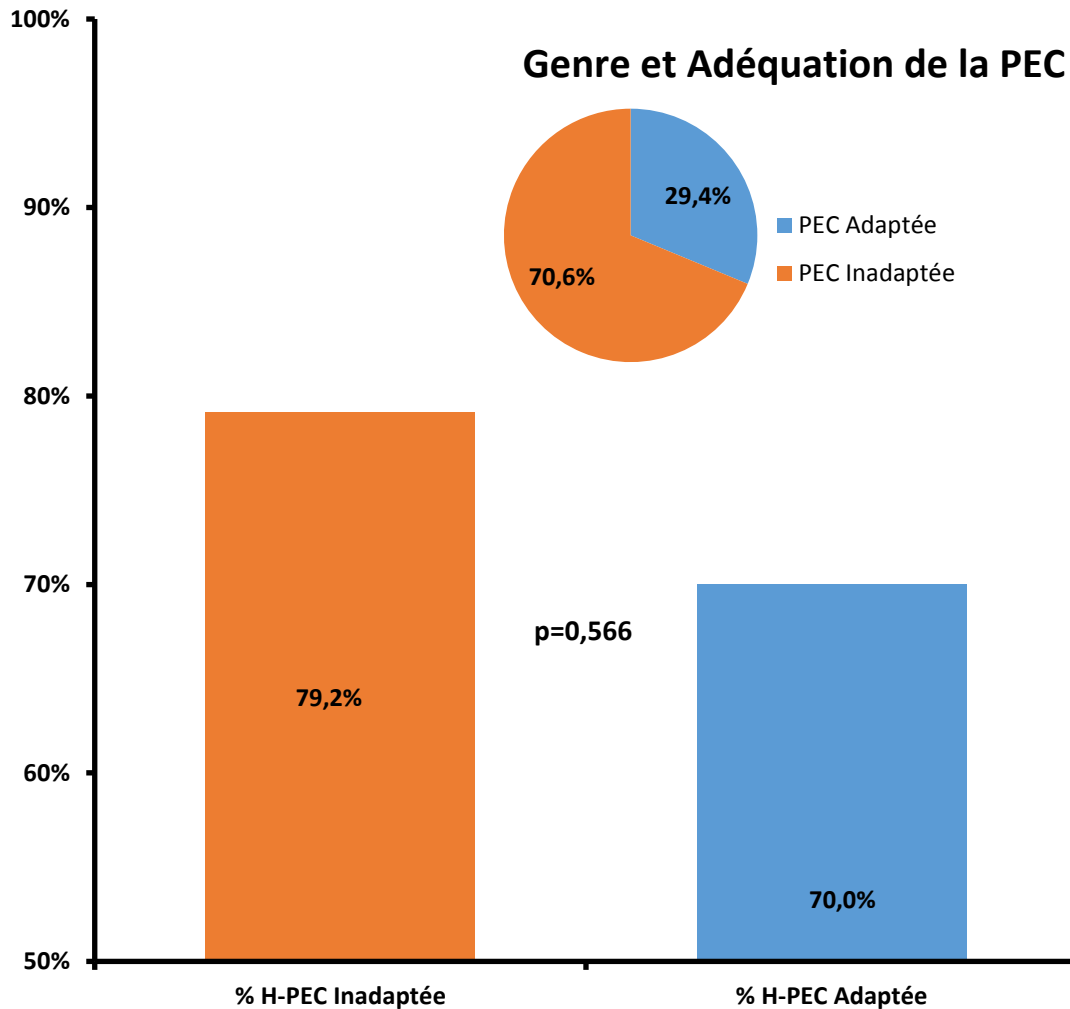


Figure 15 : Genre des médecins généralistes et adéquation de la PEC addictologique

Parmi les 18 médecins ayant participé à l'étude, 72,2% d'entre eux sont des hommes quelque soit la PEC. Sachant que seuls 29,4% de notre échantillon a adopté une PEC adaptée, il n'existe pas de différence significative dans la qualité de la PEC entre homme et femme (Test Fischer Exact, $p=0.556$).

3. Discussion

Bien que la nouvelle définition du DSM 5 impose une nouvelle approche de la maladie alcoolique avec la description d'un continuum dans la trajectoire de la pathologie, on peut cependant distinguer des troubles liés à l'usage d'alcool (TUA) sans ou avec dépendance et cela ne change que peu ou pas la PEC quelque soit le TUA.

L'Alcool est la première cause d'hospitalisation [45] [47] [64], il faut cependant noter que les patients avec un TUA sans dépendance consultent moins fréquemment leur MT que les autres patients[49]. Dans ce contexte, l'ensemble des données disponibles sur le sujet montre l'intérêt du repérage précoce des TUA dans les unités d'urgences médicales [66].

La prise en charge de la maladie alcoolique au sein des structures hospitalières bénéficie déjà d'un cadre de recommandations [9]. Alors que les suites à donner aux TUA sans dépendance souffrent d'une moindre visibilité malgré un cadre de recommandation équivalent [9].

Il a clairement été montré que les représentations personnelles des médecins influent sur la PEC des TUA [57]. De même les méconnaissances des définitions des TUA nuisent à cette même PEC. En effet, les représentations sociales font que les patients présentant un TUA sans dépendance sont le plus souvent associés à des patients alcoolodépendants [57], pour lesquels la PEC est par définition plus complexe et chronophage [9].

L'originalité de notre travail est de s'intéresser plus particulièrement aux patients présentant un TUA sans dépendance. En effet nous avons réalisé un repérage des TUA sur un échantillon de patients ayant bénéficié d'un passage dans une structure d'urgences médicales, puis nous avons informé leur Médecin Traitant (MT) respectif de l'éventuel TUA. Enfin, nous avons évalué l'intérêt d'informer le MT du TUA de son patient.

Sur un échantillon de 146 patients inclus dans notre étude, 39% de la population présente un TUA avec ou sans dépendance probable, et parmi les TUA sans dépendance 56,6% sont des hommes alors que parmi les TUA avec dépendance 81,0% sont des hommes (Figures 4 et 5). On note également que nos données démographiques par tranche d'âge de notre échantillon (Tableau 2) sont comparables aux données de passage aux urgences au niveau national [66]. Les données retrouvées pour ce travail sont également équivalentes aux données nationales[58] [64], et nous permettent ainsi de discuter sur un référentiel non biaisé.

Cependant, sur notre échantillon, on remarque que le taux de TUA avec dépendance probable est sensiblement plus élevé que dans la population générale [58]. Cette différence s'explique probablement par le fait que le recrutement fait aux urgences concentre les TUA [49].

Concernant les 18 médecins inclus dans notre études, les données démographiques sont comparables aux données locales, avec un âge moyen de 54 ans (54.0 +/- 2.06 ans), un ratio homme/femme 66% (72,2% hommes) [67] et leur répartition dans les zones d'exercices Urbaine, Semi-Rurale et Rurale est équilibrée (respectivement 38,9%, 27,8% et 33.3%) (Tableau 3).

Les courriers et les comptes rendus (CR) médicaux entre confrères médecins sont encadrés par une pratique qui est notamment bien décrite par le code de déontologie médicale. Malgré la faible littérature concernant le sujet, les données montrent que les récipiendaires sont intéressés par le contenu et le trouvent relativement informatif [68].

Notre CR médical adressé aux MT consistait à l'informer de manière concise et chiffrée de l'usage d'alcool de leurs patients. Le CR médical faisait apparaître le motif de recours aux urgences médicales, la CDA ainsi que l'antériorité du comportement consommatoire et enfin le niveau de risque induit par la consommation d'alcool suivant le score FACE. Nous précisons également que nous avons effectué une intervention Ultra Brève pour chaque patient et si besoin nous avons motivé un adressage au CSAPA local assorti d'un rendez-vous à une consultation addictologique.

Pour ce travail (Figure 1), nous avons adressé 146 CR médicaux et nous avons questionné 23 MT pour 57 patients présentant un TUA. Seuls 18 MT ont accepté de participer à l'étude pour 46 patients avec TUA. A l'instar des données de la littérature [68], comparativement à nos données, et bien que seuls 27,7% des MT qualifient le courrier d'utile, 60,0% de ces derniers le trouvent informatif. De plus chaque MT ayant qualifié le courrier d'informatif, a également noté la CDA dans le dossier médical, en accord avec les recommandations de Société Française d'Alcoologie [9].

Au delà du caractère informatif du CR médical, la PEC des TUA et notamment le PEC des TUA induite par le CR médical était le principal objectif de notre travail. Après une partie sur la démographie médicale, notre questionnaire s'est intéressé à l'accueil du CR par le MT, à l'intérêt qu'il a pu susciter et enfin au comportement qu'il pouvait motiver.

Indépendamment des autres facteurs et pour la majorité des patients avec TUA, le choix de PEC par le MT consiste à ne pas modifier la PEC (45%) ou à opter pour une abstention thérapeutique (16%) (Figure 9). Ce constat est à mettre en rapport avec les chiffres montrant que dans la population générale

41% des patients avec TUA ne bénéficient pas de PEC [25] alors que moins de 10% des patients de TUA avec dépendance bénéficient d'une PEC adaptée [47][64].

Alors que près de 45,6% des patients présentent un TUA avec probable dépendance, seuls 9% des patients, pour lesquels le MT a répondu, se sont vus adressés à un confrère spécialiste ou à une structure dédiée. Ce chiffre est à relativiser si l'on considère que le choix "PEC actuelle inchangée" chez un patient dépendant en cours de soins, est un choix adapté. Malgré cette hypothèse rassurante, on note que 29,4% des patients pour qui le TUA est découvert par la lecture CR adressé au MT, ont un score FACE >8, signant une dépendance probable... En l'état, ces patients n'ont pas bénéficié d'une PEC adaptée par leur MT...

On rappelle, cependant que l'ensemble de nos patients présentant une dépendance probable ont été systématiquement adressés à une consultation en CSAPA. En l'absence du contenu de la consultation des MT avec leurs patients, on peut seulement espérer que le MT considère l'adressage au CSAPA comme une PEC suffisante et n'a pas souhaité modifier le reste de la PEC.

La PEC motivée par le CR médical adressé au MT est un des principaux axes d'évaluation de notre travail. La PEC a été évaluée sur un critère binaire Adaptée/Inadaptée, ainsi nous avons considéré que la PEC est adaptée quand le choix de PEC correspond au TUA[9]. Nos données brutes montrent que seuls 29.4% des TUA bénéficient d'une PEC adaptée, ce chiffre est sensiblement plus élevé que dans la moyenne mondiale (22%)[25], cela est probablement dû au fait que 45,6% de notre échantillon présente un TUA avec probable dépendance.

Les données démographiques des MT (Tableau 3) ont été analysées pour déterminer si elles avaient un impacte sur le choix de PEC. Nos données montrent l'âge moyen des 70.6% des MT ayant fait le choix d'une PEC Inadaptée était significativement plus élevé que l'âge moyen des 29.4% MT ayant fait le choix d'une PEC Adaptée (respectivement 54,6ans+/-1,3 vs 49,9ans+/-2,0) (Test T-Student $p=0.03$) (Figure 13). On note que rapporté à la date de parution du rapport "Boire Moins, c'est Mieux" et de la mise en place du RPIB au niveau national en 2006 [22], l'âge moyen des plus jeunes médecins correspond au début de leur exercice et que cela pouvait être une des causes sur le bénéfice obtenu dans le type PEC des TUA proposé par les MT les plus jeunes.

Par ailleurs, la variable genre ne semble pas influencer l'adéquation de la PEC. Bien que 70.6% des patients n'aient pas bénéficié d'une PEC adaptée, le ratio homme/femme ne varie pas significativement entre les MT ayant proposé une PEC Adaptée ou Inadaptée (respectivement ratio H/F 70,0% vs 79,2%)

(Test de Fischer Exact, $p=0.556$)(Figure 15). En effet il n'existe pas de réel argument en faveur d'une proposition de PEC différentielle entre les MT hommes et femmes, dans le domaine de l'alcoologie.

Enfin le critère "zone d'exercice" a également été confronté à l'adéquation de la PEC (Figure 14). On note préalablement que notre échantillon de patients quelque soit le TUA bénéficient majoritairement d'une PEC dans les zones d'exercices semi rurale et rurale (respectivement 38.2% et 38.2%) alors que seuls 23,5% des patients avec TUA sont soignés en zone urbaine. Sachant que seuls 29,4% des patients bénéficient d'une PEC adaptée, on ne retrouve pas de différence significative dans la PEC en fonction de la zone d'exercice (Test Fisher Exact, $p=0,201$) probablement dû fait de la taille de notre échantillon. Cependant, on peut noter qu'en milieu semi rural il n'y a pas de différence dans la PEC Adaptée/Inadaptée (respectivement 40,0% vs 37,5%) alors que sur la comparaison Rural/Urbain la qualité de la PEC est opposée. Ainsi, il existe une tendance montrant que sur les 29,4% des patients ayant bénéficié d'une PEC adaptée 50,0% sont suivis en milieu rural contre seulement 10,0% en milieu urbain. Ce constat peut s'expliquer en partie par une meilleure exploitation du réseau personnel de chaque MT en milieu rural, alors que le MT en milieu urbain a plus tendance gérer seuls ses patients mêmes sur des domaines relevant d'un confrère spécialiste [48].

Les patients présentant un TUA sans ou avec dépendance n'ont pas le même mode d'utilisation des soins disponibles, ainsi une étude a montré que les patients usagers à risque consultaient plus souvent aux urgences comparativement aux patients alcoolodépendants qui avaient tendance à consulter en soins primaires [49]. De plus, une étude australienne met en avant le fait que les patients avec un TUA sans dépendance délaissent le MT et ont plus souvent recours aux structures d'urgences[51]. Enfin le même type de patients européens bénéficie plus souvent d'une hospitalisation sans pour autant avoir recours à leur MT[50].

Par ailleurs il est notablement admis que le repérage des TUA sans dépendance par les MT nécessite une amélioration tant sur le plan de la formation que de la réalisation[58] [50]. Nos données sont également en faveur de cette conclusion, en effet, parmi notre échantillon, les patients TUA sans dépendance (55,9%) ne bénéficient pas d'une aussi bonne PEC que les patients TUA avec dépendance probable (taux de PEC adaptée respectivement 57,9% vs 86.7%, tendance marginale $p=0.06$) (Figure 11).

Bien que tardivement pris en soins, les TUA avec dépendance présentent une symptomatologie criante et plus facilement repérable que les TUA sans dépendance, et cela expliquerait en partie la différence de PEC entre les deux types de TUA. En effet, comme intuitivement attendu, nos données montrent par une tendance non significative que le CR médical adressé au MT présente un intérêt plus marqué pour les

patients avec un TUA sans dépendance (signé par score FACE<9). Ainsi, quand le MT découvre le TUA de ses patients (47,2%), grâce au CR médical, les patients présentent majoritairement un TUA sans dépendance (70,6%), alors que si le MT est déjà au fait du contenu du CR médical qui lui est adressé, la majorité des patients présentent un TUA avec dépendance probable (signé par un score FACE> 8) (Test Khi2, p=0.16) (Figure 12).

Au delà de l'aspect tardif du repérage des TUA, une large cohorte de raisons largement documentées nuisent la pratique d'une prévention en alcoologie de qualité... la difficulté à aborder le sujet [52], le caractère chronophage [53][54], la représentation sociale [55][56], la méconnaissance des outils et le manque de formation [58][59] sont autant de motifs invoqués par les médecins pour se soustraire à la pratique d'un repérage systématique en alcoologie, alors même que les recommandations de l'OMS et de la SFA insistent sur son intérêt en termes de santé publique[2][9] et que les données démontrent clairement l'impact du repérage précoce sur la réduction des comportements consommatoire inadaptés en médecine de ville et en milieu hospitalier [60][61][62][63].

Le CR médical adressé au MT a également pour objectif de motiver le changement de pratique et notamment vis à vis de l'un des principaux motifs invoqués qu'est la difficulté à aborder le sujet alcool avec les patients. En effet le CR médical informant le MT du TUA de son patient est une occasion d'aborder le sujet avec ce dernier. Encore faut-il que le MT se saisisse de l'opportunité... ainsi dans l'échantillon de MT ayant répondu au questionnaire près de 71,4% des CR ont été qualifiés de non informatifs, parmi lesquels seuls 8,0% des patients avec un TUA ont bénéficié d'un moment (non quantifié) sur leur TUA. Par contre, dès lors que le courrier est qualifié d'informatif, il motive systématiquement l'abord du sujet alcool avec les patients quelque soit le TUA (Test Fisher Exact, p<0,001) (Figure 10). De plus, le caractère informatif du CR médicale motive également de manière systématique l'inscription de la CDA dans le dossier médical des patients.

4. Conclusion

Les difficultés et la représentation du sujet Alcool chez le Médecin Généraliste ont largement été décrites dans la littérature. Le sujet de notre travail n'est pas de cibler ces lacunes, mais, au contraire, il tente humblement de proposer une perspective sur les recommandations de la SFA sur la PEC des TUA. Cependant, sur le terrain l'application des recommandations se heurte au contexte rarement favorisant et propre à chaque cabinet médical.

Néanmoins, la PEC des TUA reste un enjeu de santé publique qui nécessite toutes les attentions. En l'absence d'une pratique efficace de repérage précoce des TUA en médecine de ville (Médecins généralistes et spécialistes), une des issues possibles est de solliciter les personnels soignants des structures hospitalières.

Notre travail a ciblé une unité d'urgences adultes bénéficiant d'une population avec un large panel de motifs de recours autres qu'alcoolologique. Pour peu qu'on ait bénéficié d'une formation adéquate, notre exemple a montré qu'il était possible de réaliser un repérage systématique en alcoologie dans un service hospitalier avec un fort taux de renouvellement quotidien de la patientèle.

On note que le repérage des TUA n'est pas une fin en soi... Il faut qu'il soit suivi d'une PEC adaptée comme développée par les recommandations en vigueur. Cependant les structures hospitalières se heurtent également aux mêmes difficultés que la médecine de ville. Cela implique que l'ensemble du corps médical doit s'impliquer dans la problématique Alcool qui constitue la première cause d'hospitalisation en France.

Notre travail s'inscrit également dans ce sens. Ainsi nous avons tenté une liaison entre un service hospitalier et la médecine de ville par l'intermédiaire d'un CR médical qui vise à informer les acteurs de soins du TUA de leurs patients dans un parcours de soins.

Globalement, l'ensemble des données de ce travail est en faveur de l'intérêt du CR médical informant le MT des TUA de ses patients. De plus le CR médical avait vocation à initier une modification de la PEC des TUA. Pour les MT ayant qualifié le CR médical d'informatif, le courrier a permis de passer outre une des difficultés majeures en alcoologie : l'abord du sujet Alcool et également de noter la CDA dans le dossier médical, comme préconisé par les recommandations.

Ce travail met en perspective l'intérêt de combiner les efforts entre les structures hospitalières et la médecine de ville. En effet la communication sur le sujet Alcool aura pour effet bénéfique de sensibiliser les différents acteurs et, à l'instar du Tabac, de faciliter l'abord des TUA quelque soit la situation. Au delà de la PEC spécifique à chaque TUA, la généralisation du repérage précoce permettra aux patients

d'entrer dans un cercle vertueux qui aura pour finalité la réduction des comportements consommatoires à risque et par la même de réduire la probabilité d'entrer dans un comportement consommatoire avec dépendance.

Bibliographie

- [1] Rehm J, Baliunas D, Borges GL, et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: An overview. *Addiction*, 2010 ; 105 (5) : 817-43.
- [2] Organisation mondiale de la Santé. Consommation d'alcool. OMS, 2018.
- [3] Breteau P. En France, l'alcool et le tabac sont les drogues les plus meurtrières. *Le Monde*, 2018.
- [4] De Timary P, Deschietere G, Orban T, et Maisin A. La médecine générale, l'hôpital général, la psychiatrie communautaire : trois lieux de première ligne pour la rencontre du patient alcoolique. *Sortir l'alcoolique de son isolement*, 2014; 335-47.
- [5] Anderson P, Gual A. et Colom J. Alcohol and primary health care: Clinical guidelines on identification and brief interventions. Barcelona : Department of health of the Government of Catalonia, 2005.
- [6] Djengué A, Pham AD, Kowalski V. et Burri C. L'alcoologie et les futurs médecins généralistes français : Evaluation des connaissances, des pratiques et de la formation reçue en fin d'internat. *Psychotropes*, 2017 ; 23 : 89-109.
- [7] Bellet A. L'alcoolisme, une psychopathologie hors maladie mentale : Présentation d'un cas clinique. *La Revue Lacanienne*, 2009 ; 3 : 92-101.
- [8] Beaufile-Naud S. L'alcoolisme, un frayage de la haine. *Le Journal des Psychologues*, 2009 ; 270 : 67-70.
- [9] Société Française d'Alcoologie. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. *Alcoologie et Addictologie*, 2015; 37 (1): 5-84.
- [10] Turner C. How much alcohol is in a "standard drink"? An analysis of 125 studies. *Br J Addict*, 1990 ; 85 (9) : 1171-5.
- [11] Inpes. Alcool : Pour faire le point, 2015.
- [12] Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R. et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2005; 62: 593-602.
- [13] Jellinek EM. Alcoholism: A genus and some of its species. *Can Med Assoc J*, 1960; 83: 1341-5.
- [14] Xuan Z, Naimi TS, Kaplan MS, Bagge CL. et al. Alcohol policies and suicide: A review of literature. *Alcohol Clin Exp Res*, 2016; 40 (10): 2043-55.
- [15] Butterworth RF. Hepatic encephalopathy: A serious complication of alcoholic liver disease. *Alcohol Res Health*, 2003; 27 (2): 143-5.
- [16] Société Française d'Alcoologie. Les mésusages de l'alcool en dehors de la dépendance : Usage à risque – Usage nocif. *Alcoologie et addictologie*, 2003 ; 25 (45) : 3S-5S.
- [17] Schachter DC, Negrete JC. et Al Ansari E. The social complications of chronic alcohol abuse: Relative influence of family history and severity of alcohol dependence. *Can J Psychiatry*, 1990; 35 (4): 320-3.
- [18] Anderson P, Baumberg B. et McNeill A. Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies, 2005.

- [19] Anderson P, Cremona A, Paton A, Turner C. et al. The risk of alcohol. *Addiction*, 1993; 88: 1493-508.
- [20] Gomez H. La relation à l'alcool : Usage, mésusage, dépendance alcoolique. *Le cinéma comme langage de soin*, 2015; 39-63.
- [21] Inserm. *Alcool & Santé : Lutter contre un fardeau à multiples visages*. 2016.
- [22] Heather N. et Daeppen JB. Repérage et prise en charge des problèmes d'alcool en médecine de premier recours : Le projet de l'OMS. *Alcoologie et Addictologie*, 2004 ; 26 (35) : 345-405.
- [23] Diaz-Gomez C. et Milhet M. Alcoolisations excessives et médecine de ville : La promotion du repérage précoce et de l'intervention brève (RPIB). *Tendances*, 2006 : 47 : 4.
- [24] Heather N. Effectiveness of brief interventions proved beyond reasonable doubt. *Addiction*, 2002; 97 (3): 293-4.
- [25] Castera P, Kinouani S. et Joseph J. Repérage précoce et intervention brève. Succès et limites. *Alcoologie et Addictologie*, 2015 ; 37 (1) : 85-92.
- [26] Naudet M. Prévention, dépistage et prise en charge précoce du problème d'alcool en médecine générale : Essai d'analyse d'un déni collectif. Paris : Université Paris VIII ; 2004.
- [27] Castera P, Maurat F, Fleury B. et Demeaux JL. Peut-on repérer en routine les mésusages d'alcool ? *Médecine*, 2007 ; 3 (7) : 330-3.
- [28] Observatoire régional de la santé de Basse-Normandie. *La prise en charge des urgences*. Basse-Normandie : ORS, 2015.
- [29] Ihadadene N, Tournoud C, Bayle E, Zagdoun C. et al. L'alcool aux urgences : A quel prix ? *Toxicologie Analytique et Clinique*, 2015 ; 27 (2) : S46.
- [30] Sénat. *Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé*. 2018.
- [31] Leuenberger V, Gache P, Sutter K. et Rieder Nakhlé A. Hypertension artérielle et consommation d'alcool. *Revue Médicale Suisse*, 2006 ; 2 (31629).
- [32] Vidal. *HTA sévères et urgences hypertensives : Prise en charge*. 2018.
- [33] Paille F. et Reynaud M. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. *BEH*, 2015 ; 24-25 : 440-9.
- [34] Kitabchi AE, Umpierrez GE, Murphy MB. et Kreisberg RA. Management of hyperglycemic crises in patients with diabetes. *Diabetes Care*, 2006; 29: 2739-48.
- [35] Inserm. *Effets de l'alcool sur le système cardiovasculaire. Analyse*, 2015 ; 175-203.
- [36] Zun L. Care of psychiatric patients: The challenge to emergency physician. *West J Emerg Med*, 2016; 17 (2): 173-6.
- [37] Mahmoudia Y. *Urgences psychiatriques au SAU. Campus numérique de médecine d'urgence*, 2018.
- [38] Lofchy J, Boyles P. et Delwo J. La psychiatrie d'urgence : formation et pratique clinique. *Can J Psychiatry*, 2015 ; 60 (7) : 1-9.
- [39] Société Française de Médecine d'Urgence. *Thésaurus des motifs de recours en structure d'urgence*. 2010.
- [40] Huas D. et Rueff B. *Alcool et médecine générale*. Saint-Cloud : Global Média Santé, 2012.

- [41] Mathieu-Fritz A. et Esterle L. Les médecins et le dossier santé informatisé communiquant. Réseaux, 2013 ; 2-3 (178-179) : 223-55.
- [42] Djengué A, Pham AD, Kowalski V. et Burri C. L'alcoologie et les futurs médecins généralistes français. Psychotropes, 2017 ; 23 : 89-109.
- [43] Brispot L. Les patients choisissent-ils leur médecin traitant femme en raison de son genre ? Toulouse : Université Toulouse III, 2013.
- [44] Le JV, Pederson LB, Riisgaard H, Lykkegaard J. et al. Variation in general practitioners' information-seeking behavior – a cross-sectional study on the influence of gender, age and practice form. Scan J Prim Health Care, 2016; 34 (4): 327-35.
- [45] Paille F, Reynaud M. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. Bull Epidemiol Hebd. 2015;(24-25):440-9.
- [46] Batel P. Repérage des consommateurs excessifs en médecine générale. THS La Revue du Praticien 1999;1(3):50-55.
- [47] Kohn R, Saxena S, Levav I, et al. The treatment gap in mental health care. Bull World Health Organ 2004;82(11): 858—66.
- [48] DREES, Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié ÉTUDES et RÉSULTATS n° 649 - août 2008
- [49] Cherpitel CJ, Ye Y. Drug use and problem drinking associated with primary care and emergency room utilization in the US general population: data from the 2005 national alcohol survey. Drug Alcohol Depend. 2008 Oct 1;97(3):226–30.
- [50] Kline-Simon AH, Weisner CM, Parthasarathy S, Falk DE, Litten RZ, Mertens JR. Five- year healthcare utilization and costs among lower-risk drinkers following alcohol treatment. Alcohol Clin Exp Res. 2014 Feb;38(2):579–86.
- [51] Proudfoot H, Teesson M. The association of alcohol dependence with general practice attendance. Drug Alcohol Rev. 2009 Mar;28(2):154–9.
- [52]. Kaner EF, Heather N, McAvoy BR, Lock CA, Gilvarry E. Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: attitudes and practices of English general practitioners. Alcohol Alcohol Oxf Oxf. août 1999;34(4):559-66)
- [53]. Tam CW, Zwar N, Markham R. Australian general practitioner perceptions of the detection and screening of at-risk drinking, and the role of the AUDIT-C: a qualitative study. BMC Fam Pract. 20 août 2013;14(1):121
- [54]. Couzigou P, Ledinghen V. Le sevrage du malade alcoolo-dépendant (syndrome de sevrage alcoolique – traitement préventif et curatif) - EM|Premium [Internet]. 2002 [cité 29 août 2013].

Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/99327/resultatrecherche/4>

[55]. Tam CW, Zwar N, Markham R. Australian general practitioner perceptions of the detection and screening of at-risk drinking, and the role of the AUDIT-C: a qualitative study. *BMC Fam Pract.* 20 août 2013;14(1):121.

[56]. M. Roche KW, Jane Fischer, Ann. General Practitioners' views of home detoxification. *Drug Alcohol Rev.* 1 janv 2001;20(4):395-406.

[57]. Gaussoit L. Les représentations de l'alcoolisme et la construction sociale du « bien boire ». *Sciences sociales et santé.* 1998 ;16(1) :5-42

[58]. Palle C, Rattanatrasy M. Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2010. *OFDT;* 2013 juin

[59] Aertgeerts B, Buntinx F, Ansoms S, Fevery J. Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* mars 2001;51(464):206-17.

[60] Emmen MJ, Schippers GM, Bleijenberg G, Wollersheim H. Effectiveness of opportunistic brief

interventions for problem drinking in a general hospital setting: systematic review. *BMJ.* 7 févr 2004;328(7435):318.

[61] A cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. *WHO Brief Intervention Study*

Group. *Am J Public Health.* juill 1996;86(7):948-55.

[62] Malone D. Drunken patients in the general hospital: their care and management. *Postgrad Med J.* 1 mars 2005;81(953):161-6.

[63] Emmen MJ, Wollersheim H, Bleijenberg G, Schippers GM. How to optimise interventions for

problem drinking among hospital outpatients? *Neth J Med.* déc 2005;63(11):421-7.

[64] Limosin F. Epidemiologic warnings from studies on alcohol use disorders. *L'Encéphale* April 2014 40 (2); 129-135.

[65] M. Naassila, W. van den Brink. La médecine de précision en addictologie. Un besoin médical non satisfait. *Alcoologie et Addictologie.* 2018; 40 (4): 314-327

[66] DRESS. Les usagers des urgences premiers résultats d'une enquête nationale. *Etudes et résultats.* Numéro 212 janvier 2003. Version corrigée

[67] CNOM. La démographie médicale en Picardie. Situation en 2015

[68] Thèse médecine générale 2012 Yann Normand "Le courrier du spécialiste au médecin traitant: En quoi est-il informatif et formateur pour le médecin généraliste?"

[69] Nouvelle classification internationale des maladies disponible sur [http://www.who.int/fr/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](http://www.who.int/fr/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))

[70] DSM-5, 5e édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux(« *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* »), publié par l'*American Psychiatric Association* en 2013

[71] Circulaire N°DGS/SD6B/2006/449 du 12 octobre 2006.

Annexes

Annexe 1 : Directives internationales de consommation d'alcool

Annexe 2 : Les symptômes liés aux troubles de la consommation d'alcool suivant les 4 phases

Annexe 3 : Questionnaire FACE dans le cadre du RPIB

Annexe 4 : Courrier Médical adressé au Médecin Traitant

Annexe 5 : Questionnaire aux médecins généralistes

Annexe 6 : Répartition des patients selon le genre et le motif d'admission

Annexe 1 : Directives internationales de consommation d'alcool

Directives internationales de consommation d'alcool				
Pays	Verre standard	Seuils de consommation (niveaux maxima en grammes d'alcool)		Source
Afrique du Sud	12 g	Homme : 21 unités/semaine maximum	Femme : 14 unités/semaine maximum	Conseil national sud-africain sur l'alcoolisme et la toxicomanie
Allemagne	12g	Homme : 24g/jour	Femme : 16g/jour	drinkingandyou.com
		Recommandation: 2 jours d'abstinence par semaine		
Australie	10 g	Homme : Max 20g/jour	Femme : 20g/jour	National Health and Medical Research Council (NHMRC)
		Liste de population à risque (ex : femmes enceintes, jeunes)		
Autriche	20 g	Homme : 168g/semaine	Femme : 112g/semaine	Ministère fédéral du travail, de la santé et des affaires sociales
		Consommation dangereuse : 60 (H) et 40 (F) g/jour		
Belgique		PAS DE DIRECTIVES OFFICIELLES		
Canada	13,6 g	Homme : 2 unités/jour	Femme : 2 unités/jour	Centre pour l'addiction et la Santé mentale, Educ'Alcool
		Max 15 unités par semaine		
		Consommation à risque : 3 verres pour les femmes et 4 pour les hommes en une seule occasion		
		Liste de population à risque : femmes enceintes ou période d'allaitement		
Danemark	12 g	Homme : 21 unités/semaine	Femme : 14 unités/semaine	Conseil national de santé
		Les enfants de moins de 15 ans ne doivent pas boire		
Emirats Arabes Unis		PAS DE DIRECTIVES OFFICIELLES		Ministère de la santé
		Consommation d'alcool très restreinte		
Espagne	10 g	Homme : Max 40 g/jour	Femme : Max 24 g/jour	Ministère de la santé
Etats-Unis	14 g	Homme : Max 2 verres/jour	Femme : 1 verre/jour	Département de l'agriculture, Département de la santé
		Max 14 unités/semaine	Max 7 unités/semaine	
Finlande	11 g	Homme : 15 unités/semaine	Femme : 10 unités/semaine	Alko Inc.
France	10 g	Homme : 3 unités/jour	Femme : 2 unités/jour	Ministère des affaires sociales et de la santé, Académie nationale de médecine
		Max 4 unités en une occasion	Au moins 1 jour sans alcool	
		Les femmes enceintes, les jeunes et les personnes dans des situations à risque ne doivent pas boire		

Pays	Verre standard	Seuils de consommation (niveaux maxima en grammes d'alcool)		Source
Grèce	10 g	Homme : 3 unités/jour	Femme : 2 unités/jour	Ministère de la santé
Hong Kong	défini comme un verre	Homme : 3-4 unités/jour	Femme : 2-3 unités/jour	Département de santé et de sécurité sociale
		Max 21 unités/semaine	Max 14 unités/semaine	
Indonésie		<i>National Dietary Guidelines</i> : éviter de boire des boissons alcoolisées		
Irlande	10 g	Homme : 21 unités/semaine	Femme : 14 unités/semaine	Département de la santé
Islande		Les femmes enceintes ou en période d'allaitement ne doivent pas boire		Conseil de prévention de la consommation excessive d'alcool de de drogues
Israël		Les femmes enceintes ne doivent pas boire		Ministère de l'éducation, Services psychologiques et de conseils
		Les étudiants ne doivent pas boire plus d'1 unité en une occasion		
		Eviter de boire sous médication		
Italie	12 g	Homme : 2-3 unités/jour	Femme : 1-2 unités/jour	Ministère de la santé
		Recommandation : les personnes âgées doivent consommer moins d'1 unité/jour		
Japon	19,75 g	Homme : 1-2 unités/jour	Femme : non renseignée	Ministère de la santé, du travail et de l'aide sociale
Luxembourg		La consommation modérée est recommandée sans définition précise, éviter la conduite en état d'ivresse		
Norvège		Abstinence au cours de la grossesse, de la conduite, du temps de travail ou en compagnie d'enfants et de jeunes		Directorat de la santé et de l'aide sociale
		Ne pas boire l'estomac vide, dire à un tiers quand il boit trop, respecter les personnes qui ne boivent d'alcool, les femmes doivent boire moins que les hommes, résister à la pression des pairs, ne pas boire tout seul, respecter les situations dans lesquelles la consommation d'alcool est dangereuse, ne pas avoir honte de dire non à un verre d'alcool		Alkokutt

Directives internationales de consommation d'alcool				
Pays	Verre standard	Seuils de consommation (niveaux maxima en grammes d'alcool)		Source
Nouvelle Zélande	10 g	Homme : 3 unités/jour	Femme : 2 unités/jour	Alcohol Liquor Advisory Council
		Max 21 unités/semaine	Max 14 unités/semaine	
		Au moins un jour sans alcool		
		Liste de population à risque		
Pays-Bas	10 g	Homme : jusqu'à 10g/jour	Femme : jusqu'à 10g/jour	The health Council of the Netherlands
		Conseiller de ne pas boire d'alcool ou pas plus d'un verre par jour		
Philippines		<i>National Dietary Guidelines</i> : éviter de boire des boissons alcoolisées		Département de la santé
Pologne	10 g	Homme : 2 unités/jour	Femme : 1 unité/jour	Agence pour la prévention des problèmes liés à l'alcool
		2 jours sans alcool par semaine		
Portugal	14 g	Homme : 2-3 unités/jour	Femme : 1-2 unités/jour	Conseil national sur l'alimentation et la nutrition
		Verre standard non officiel basé sur la consommation de vin		
République Tchèque		Homme : 24 g/jour	Femme : 16 g/jour	Institut national de santé publique
Roumanie		Homme : 32,5 g de bière ou 20,7 g de vin/jour	Femme : 32,5 g de bière ou 20,7 g de vin/jour	Ministère de la santé
Royaume-Uni	8 g	Homme : 112g/jour	Femme : 112g/jour	Département de la santé
		Max 14 unités/semaine	Max 14 unités/semaine	
		On conseille aux femmes enceintes de ne pas boire		
Singapour		<i>National Dietary Guidelines</i> : pas plus de 2 verres standards par jour (30 g d'alcool)		Ministère de la santé
Slovénie		Homme : 20 g/jour	Femme : 10 g/jour	Institut de santé publique
		Max 50 g en une occasion	Max 30 g en une occasion	

Directives internationales de consommation d'alcool				
Pays	Verre standard	Seuils de consommation (niveaux maxima en grammes d'alcool)		Source
Suède		Homme : Max 20 g/jour	Femme : Max 20 g/jour	Conseil de recherche suédois
		Reconnaît que la consommation modérée à certains effets médicaux positifs		
Suisse	10-12 g	Homme : 2 unités/jour	Femme : Max 2 unités/jour	Commission fédérale suisse pour les problèmes d'alcool
		ne pas dépasser 4 unités par événement, ni 1 unité par heure		
		Pas d'alcool pour les jeunes, durant une pratique sportive, pendant la conduite et la conduite de machines Les femmes doivent être particulièrement vigilantes		
Thaïlande		<i>National Dietary Guidelines</i> : éviter ou réduire la consommation de boissons alcoolisées		Ministère de la santé

Annexe 2 : Les symptômes liés aux troubles de la consommation d'alcool suivant les 4 phases

Phases	Symptômes
<i>Phase pré-alcoolique</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de la tolérance à l'alcool • Baisse de la volonté et de la capacité de supporter des charges physiques sans recourir à l'alcool • Prise de conscience de l'effet positif de l'alcool • Recours à l'alcool de manière intentionnelle dans des circonstances difficiles ou désagréables • Utilisation de l'alcool en vue de renforcer ou d'augmenter l'humeur positive • Absence de volonté de rechercher d'autres solutions pour améliorer la situation
<i>Phase de début</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Considération de l'alcool comme étant un remède universel • Amnésies alcooliques (trous de mémoire) • Consommation dissimulée : le sujet nie les quantités d'alcool qu'il consomme • Pensées fréquentes à l'alcool : recours à l'alcool dans différentes situations • Besoin de plus en plus important d'obtenir l'effet souhaité : le sujet consomme plus d'alcool et de façon plus rapide • Sentiments de culpabilité liés à l'habitude de consommation • Prévention des allusions à l'alcool • Augmentation des amnésies alcooliques
<i>Phase critique</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Apparition des premières pertes de contrôle sur la quantité d'alcool consommé • Justification de la consommation excessive d'alcool • Premières réactions de l'entourage (remarques sur les comportements de l'individu) • Compensation de la perte de l'estime de soi (apparences positives) • Comportement agressif (actif ou passif) • Remords persistants (besoin de consommer à nouveau de l'alcool) • Impacts négatifs de l'alcool sur la vie professionnelle • Remplacement par l'alcool des contacts sociaux • Priorisation de l'alcool au détriment des centres d'intérêts et des obligations • Priorisation de l'alcool par rapport aux proches (famille, amis) • Négligence au niveau de l'alimentation • Nécessité de suivre des traitements médicaux • Modification du comportement sexuel • Consommation matinale d'alcool

<i>Phase chronique</i>	<ul style="list-style-type: none">• Ivresse prolongée (sur plusieurs jours)• Écroulement des systèmes de valeurs individuelles• Dégradation du raisonnement• Phénomènes psychiques de sevrage• Phénomènes physiques de sevrage graves• Recours aux produits de substitution contenant de l'alcool• Syndrome de sevrage grave• Perturbations internistiques : maladies du foie, du pancréas et du système digestif ; hypertension ; troubles du métabolisme et des électrolytes ; maladies dermatologiques ; maladies pulmonaires et cardiaques• Maladies neurologiques : intoxication et polyneuropathie• Obsession à l'alcool• Crises convulsives liées au sevrage• Tendances suicidaires• Diminution de la tolérance à l'alcool• Délire éthylique
------------------------	--

Annexe 3 : Questionnaire FACE dans le cadre du RPIB

QUESTIONNAIRE FACE (EVALUATION DE LA DEPENDANCE A L'ALCOOL)

Les deux premières questions portent sur les douze derniers mois.

1/ A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

Jamais	1 fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine
0	1	2	3	4

2/ Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus
0	1	2	3	4

3/ Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?

NON	OUI
0	4

4/ Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

NON	OUI
0	4

5/ Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?

NON	OUI
0	4

SCORE FACE :

Interprétation :

- ⇒ Pour les femmes, un score supérieur ou égal à 4 indique une consommation à risque.
- ⇒ Pour les hommes, un score supérieur ou égal à 5 indique une consommation à risque.

Un score strictement supérieur à 8 est, quelque soit le sexe, en faveur d'une dépendance.

Etiquette Patient

Médecin Traitant

DR _____

Tel : _____

Annexe 4 : Courrier envoyé aux médecins généralistes

Cher confrère, Chère consœur

Nous recevons ce jour le __ / __ / 2017, votre patient(e) dans l'unité de soins d'urgences de CH Saint Quentin,

Mme, M. : _____

Le motif principal de recours est le suivant :

A cette occasion et de manière systématique, votre patient a bénéficié d'un dépistage de trouble lié à la consommation d'alcool sous forme de questionnaire FACE décrit par la méthode RPIB (Repérage Précoce et Intervention Brève) en alcoologie.

Sa consommation déclarée d'alcool quotidienne est estimée à :

_____ verre(s)/jour, soit _____ gramme(s)/jour depuis _____ ans

Le score FACE obtenu est de _____, plaçant votre patient(e) dans la catégorie :

A- ≥ 4 (F) ou 5(H) : Consommation dangereuse

B- ≥ 9 (H ou F) : Dépendance probable

C- <4 (H ou F) : Usage simple

Nous informons, votre patient(e) du score obtenu.

En conséquence, nous proposons à votre patient(e) une intervention ultra brève et :

nous l'invitons à respecter une consommation d'alcool adaptée (score <4)

nous lui prescrivons des règles hygiéno-diététiques pour réduire sa consommation (score ≥ 4 ou <9)

nous l'adressons à l'ELSA (score >9)

Quel que soit le score obtenu, votre patient est informé que le résultat vous sera communiqué.

Nous adressons à votre suivi et vos bons soins l'éventuel comportement inadapté vis à de l'alcool de votre patient.

Bien confraternellement.

Annexe 5 : Questionnaire aux médecins généralistes

Information générale sur le médecin :

Age : _____ ans

Sexe : _____

- 1) Type d'exercice : zone rurale, zone urbaine, semi rurale ?
- 2) Votre dossier patient est-il informatisé ? Oui Non
- 3) Avez-vous une formation en Addictologie ? Oui Non

Courrier :

- 4) Avez-vous revu en consultation votre patient après son passage aux urgences ? Oui Non
- 5) Avez-vous reçu un courrier concernant le dépistage systématique aux urgences des troubles liés à l'usage d'alcool dont a bénéficié votre patient ? Oui Non
- 6) Si oui, l'avez-vous lu ? Oui Non
- 7) Si oui, avez-vous trouvé ce courrier utile ? Oui Non
- 8) Si oui, avez-vous trouvé ce courrier informatif ? Oui Non
- 9) Avez-vous noté la Consommation Déclarée d'Alcool dans le dossier patient ? Oui Non
- 10) Le courrier, vous a-t-il permis d'aborder le sujet "Alcool" avec votre patient ? Oui Non
- 11) Découvrez-vous le trouble lié à l'usage d'alcool de votre patient ? Oui Non
- 12) Si oui, avez-vous intégré la notion du trouble lié à l'usage d'alcool dans la prise en charge globale du patient ? Oui Non
- 13) Suite au courrier, envisagez-vous de revoir votre patient pour revenir sur sa consommation d'alcool ? Oui Non

Informations sur la prise en charge addictologique :

Les troubles liés à l'usage d'alcool se distinguent en 4 catégories

Usage simple : consommation inférieure aux seuils et sans retentissement somatique et/ou psychosocial

Usage à risque : consommation supérieure aux seuils et sans retentissement somatique et/ou psychosocial

Usage nocif : consommation supérieure aux seuils et avec retentissement somatique et/ou psychosocial

Dépendance : usage nocif dans un mode compulsif

- 14) Notre entretien concerne M. X chez qui nous avons repéré un usage de type... (simple, à risque, nocif ou dépendance). Du fait de la réception du courrier, que pensez-vous lui proposer (ou que lui avez-vous déjà proposé) ?
- ce courrier ne changera pas ma prise en charge actuelle (et dans ce cas, préciser ce qui avait déjà été proposé au patient avant la réception du courrier)
 - abstention
 - RHD
 - traitements médicamenteux
 - confrère spécialiste ou structure dédiée
 - autre (psychologue, hypnothérapeute...)

Commentaires libres et non limitatifs : (facultatif)

Annexe 6 : répartition des patients selon le genre et le motif d'admission

