



HAL
open science

Troubles liés à l'usage d'alcool sans dépendance des patients hospitalisés : repérage et information du médecin traitant

Hakim Houchi

► **To cite this version:**

Hakim Houchi. Troubles liés à l'usage d'alcool sans dépendance des patients hospitalisés : repérage et information du médecin traitant. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02901531

HAL Id: dumas-02901531

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02901531>

Submitted on 17 Jul 2020

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
UFR DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE 2020

N° 2020 –

TROUBLES LIÉS À L'USAGE D'ALCOOL SANS DÉPENDANCE DES PATIENTS HOSPITALISÉS :
REPÉRAGE ET INFORMATION DU MÉDECIN TRAITANT

THESE
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
Le 03 JUIN 2020

PAR

HOUCHI HAKIM

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Eric NGYEN-KHAC

MEMBRES DU JURY :

Monsieur le Professeur Mickaël NAASSILA

Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Monsieur le Professeur Gabriel CHOUKROUN

Monsieur le Professeur Mathurin FUMERY

DIRECTEUR : Monsieur le Docteur Bernard ANGERVILLE

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
UFR DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE 2020

N° 2020 –

TROUBLES LIÉS À L'USAGE D'ALCOOL SANS DÉPENDANCE DES PATIENTS HOSPITALISÉS :
REPÉRAGE ET INFORMATION DU MÉDECIN TRAITANT

THESE
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
Le 03 JUIN 2020

PAR
HOUCHI HAKIM

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Eric NGYEN-KHAC

MEMBRES DU JURY :

Monsieur le Professeur Mickaël NAASSILA

Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Monsieur le Professeur Gabriel CHOUKROUN

Monsieur le Professeur Mathurin FUMERY

DIRECTEUR : Monsieur le Docteur Bernard ANGERVILLE

Résumé

Introduction : Les médecins généralistes sont largement encouragés à pratiquer le repérage précoce et intervention brève (RPIB) avec pour but la lutte contre les troubles liés à l'usage d'alcool. Malgré l'efficacité du RPIB, les troubles liés à l'usage d'alcool (TUA) sans dépendance restent le plus souvent méconnus par le médecin traitant (MT) qui invoque des facteurs plus ou moins discutables. Or, les unités Médicales, Chirurgicales et Obstétricales (MCO) accueillent tous les jours des patients présentant un TUA sans dépendance. Dans ce contexte, il paraît intéressant d'analyser l'accueil d'une information relative au TUA repéré en unité MCO puis donnée au MT et de son effet sur la prise en charge addictologique et somatique.

Matériel et méthodes : Onze unités de soins ont participé à l'étude dont 3 services de chirurgie et 8 services de médecine. Sur les 1243 lits MCO du CHU d'AMIENS, un potentiel de 300 lits ont été visités, 172 patients ont accepté de répondre au questionnaire FACE afin d'identifier une consommation à risque et/ou une dépendance à l'alcool. Un second questionnaire destiné aux médecins traitants a été élaboré en vue d'analyser l'évolution de la prise en soins proposée aux patients après leur médecin traitant est été informé du TUA.

Résultats : L'analyse des données a été effectuée sur 39 patients dont le TUA est objectivé par score FACE ≥ 4 (F) ou 5(H), dont 21 TUA sans dépendance (score FACE < 9). Les 18 patients présentant un TUA avec dépendance bénéficient tous d'un suivi addictologique. Parmi les 39 patients avec TUA, 23,1% (n=9/39) sont décédés à 1an, exclusivement des patients TUA avec dépendance. Les médecins traitants respectifs des 21 patients TUA sans dépendance se sont vus proposer un questionnaire sur la prise en soins après avoir été informés du TUA de leur patient. La moyenne d'âge de 20 MT contactés était de 51,1 \pm 1,9ans, 80,0% (n=16) d'entre eux étaient des hommes, tous sont informatisés et un seul médecin traitant affirme avoir bénéficié d'une formation en addictologie.

L'ensemble des médecins interrogés affirme avoir bien reçu et lu le courrier. La notion de TUA des patients interrogés n'était pas connue pour 78,9% (n=15/19) médecins traitants, alors que seuls 47,4% (n=9/19) d'entre eux déclarent avoir abordé le sujet avec leurs patients dans les 12 mois suivant leur hospitalisation. Notons cependant que si les 78,9% (n=15/19) médecins interrogés ont qualifié le courrier d'utile, seuls 42,1% (n=8/19) l'ont qualifié d'informatif et ont noté la CDA dans le dossier patient. Les médecins qualifiant le courrier d'informatif abordent plus facilement le TUA avec leurs patients (p<0,001).

Alors que la prise en charge du TUA sans dépendance semble appropriée pour 47,4% (n=9/19), aucune initiative n'est prise en lien avec le motif d'hospitalisation toutes causes confondues.

Conclusion : Les données de ce travail montrent que les TUA sans dépendance sont globalement méconnus des médecins traitants. Le CR médical est un facteur favorisant l'abord du sujet. Les patients présentant un TUA sans dépendance ne bénéficient pas de prise en charge en lien avec leur motif de recours intégrant leur mésusage.

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

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Eric NGUYEN-KHAC

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Hépatogastroentérologue)

Chef du Service d'Hépatogastroentérologie

Chef du Pôle "Médecine-chirurgie-digestive, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie" (D.R.I.M.E)

Directeur Adjoint Laboratoire GRAP INSERM U1247

Président du CRBSP CHU Amiens

A toi Eric, en toi j'ai trouvé un maître bienveillant, un collègue apprécié et un ami que je sais sincère. Je n'imagine pas ce jury sans ta présence, alors que ton niveau d'exigence t'en tiendrait volontiers éloigné. Reçois à travers ces quelques mots l'immense gratitude pour toute l'attention que tu as toujours portée sur mon parcours et pour toute l'aide que tu m'as apportée.

Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

(Psychiatrie Adulte)

Chef du Service Psychiatrie-Addictologie

A toi Alain, je suis ravi de finalement pouvoir te compter parmi les membres du jury. Je compte également sur ton expertise d'addictologue pour me guider dans ma future carrière et pour nos futurs projets communs. Merci de m'honorer de ta présence.

Monsieur le Professeur Gabriel CHOUKROUN

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Néphrologie)

Doyen, Directeur de l'Unité de Formation et de Recherche de Médecine d'AMIENS

Chef du service de Néphrologie, Médecine interne, Dialyse, Transplantation (Pôle D.R.I.M.E)

Vous avez accepté de siéger dans ce jury, et cela malgré la somme de vos fonctions qui rendent votre temps précieux. Je tiens également à vous remercier pour tout l'intérêt que vous portez à ma carrière et j'espère en être digne. Merci pour l'honneur que vous me faites en acceptant de siéger dans le jury.

Monsieur le Professeur Mathurin FUMERY

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Gastro-entérologie)

Ton parcours remarquable est un exemple et une source de motivation pour moi. Merci pour l'honneur que tu me fais en acceptant de siéger dans le jury.

Monsieur le Professeur Mickaël NAASSILA

Professeur des Universités (Pharmacie)

Président de la Société Française d'Alcoologie

Directeur de l'Unité INSERM UMR 1247

Après 20ans sous ton aile, un BTS, un DNTS, un EPHE, un PhD et maintenant un MD... je ne sais pas imaginer le reste de ma carrière loin du GRAP. Ton soutien indéfectible en toutes circonstances m'a toujours poussé en avant tout au long de mon parcours. Je te dois encore une HDR...

Merci à toi, mon mentor et ami, pour ta présence en ce moment important et pour ton immense contribution à son avènement.

Monsieur le Docteur Bernard ANGERVILLE

CCA - Addictologie

Merci cher ami, d'avoir accepté d'endosser le rôle de directeur thèse et je sais que je ne suis pas un impétrant facile. J'espère pouvoir prolonger cette collaboration pendant encore de longues années car le moment venu nous aurons des responsabilités à prendre pour l'addictologie locale. Merci pour l'honneur que tu me fais.

TABLES DES MATIERES

AVANT PROPOS	p11
I. INTRODUCTION	p12
<i>a. Les différents types de consommation d'alcool</i>	P12
b. Les seuils de consommation d'alcool	p12
<i>c. Définition du RPIB</i>	p13
<i>d. Le questionnaire FACE</i>	p14
<i>e. Etat des lieux de la pratique du RPIB en France</i>	p14
f. Intérêt du RPIB dans la prise en charge addictologique d'un patient pour le médecin traitant	p15
<i>g. Symptômes et complications liés aux troubles de la consommation d'alcool</i>	p15
II. MATERIEL et METHODE	p17
a. Population	p17
b. Méthodologie	p17
III. RESULTATS	p18
a. Données générales	p18
b. Résultats du questionnaire FACE	p19
c. Résultats du questionnaire proposés aux des médecins généralistes	p21
IV. DISCUSSION	p24
V. CONCLUSION	p28
VI. BIBLIOGRAPHIE	p29
VII. ANNEXES	p33

ABREVIATIONS :

BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (Revue)

CDA : Consommation Déclarée d'Alcool

CHU : Centre Hospitalier et universitaire

CIM : Classification Internationale des Maladies

CR : Compte Rendu

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

DSM : manuel de Diagnostic et de Statistique des troubles Mentaux

ELSA : Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie

FACE : (score) Fast Alcohol Consumption Evaluation

HGE : Hépatologie GastroEntérologie

HTA : Hyper Tension Artérielle

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

MCO : Médical Chirurgical Obstétrical

MT : Médecin Traitant

OMS : Organisation Mondiale pour la Santé

PEC : Prise En Charge

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

RHD : Règles Hygiéno-Diététiques

RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève

SE : Sensibilité

SFA : Société Française d'Alcoologie

SP : Spécificité

TUA : Trouble lié à l'Usage d'Alcool

VPN : Valeur Prédictive Négative

VPP : Valeur Prédictive Positive

AVANT PROPOS

L'usage d'alcool est considéré comme un facteur de risque majeur de la maladie et de l'invalidité, ainsi que de la mortalité [1]. En effet, l'alcool entraîne chaque année plus de 3 millions de décès dans le monde, ce qui représente 5,9% des décès [2]. Concernant les données épidémiologiques françaises, on note que 40 000 à 60 000 décès annuels sont attribuables à l'usage d'alcool [3] [33]. De ce fait, les troubles liés à l'usage d'alcool (TUA) constituent un problème majeur de santé publique. Ainsi, un article dans le dernier BEH sur le sujet « Alcool en milieu hospitalier » (2015) [33], montre que près 19,5% des séjours hospitaliers MCO sont liés à un TUA dont 8,9% avec dépendance. Alors que dans plus de 20% des cas il existe un usage supérieur au seuil de risque acceptable [3]. En 2019, la même revue revient sur le constat dramatique de la mortalité attribuable aux TUA, avec plus de 41 000 décès par an en France [3].

L'alcool représente le troisième facteur de risque le plus important après le tabagisme et l'hypertension artérielle susceptible d'entraîner des comorbidités mais aussi des décès prématurés chez les personnes qui en consomment [5]. Dans ce contexte la place du repérage et de la prise en charge des patients présentant une consommation à risque est d'un intérêt majeur [9].

Le milieu hospitalier bénéficie d'équipes de liaison et de soin en addictologie (ELSA). Les ELSA interviennent aux urgences et dans l'ensemble des unités MCO. Elles doivent favoriser les interfaces entre la médecine de ville, l'hôpital et les autres partenaires. Leurs missions est de sensibiliser et de former les équipes hospitalières à l'addictologie, de proposer une prise en charge des patients (évaluation, projet de soins, prescription d'un traitement pharmacologique, préparation de la sortie, ...).

Une des principales missions des ELSA est de favoriser le repérage précoce des conduites addictives et cela quel que soit le motif de recours à l'hôpital. Ainsi, les données PMSI d'une étude récente montrent qu'il existe un large panel de motif d'hospitalisation en lien avec les TUA, signant ainsi un large spectre de comorbidité somatique et comportementale [33]. Cependant, la sortie d'hospitalisation ne s'accompagne que rarement d'un compte rendu (CR) médical faisant état du TUA sans dépendance [4].

En médecine de ville, le médecin traitant (MT) se présente en première ligne de la prévention primaire en alcoologie [46], du suivi et de la prise en charge des éventuelles complications. Alors que la médecine de ville peut s'appuyer sur les CSAPA locaux pour les PEC des TUA, au même titre que les ELSA en milieu hospitalier, plusieurs facteurs sont invoqués pour expliquer le non-recours au Repérage Précoce et Intervention Brève (RPIB) par les MT en France, à savoir principalement le manque de temps et la difficulté à parler de l'alcool avec les patients [4].

La pratique du **Repérage Précoce et de l'Intervention Brève (RPIB)** en alcoologie est considérée comme étant un des facteurs préventifs permettant de lutter contre le développement des complications liées à l'usage d'alcool, autant sur le plan psychiatrique que somatique et sociale [4].

Dans une stratégie de réduction des risques, Santé publique France a lancé depuis 2018 plusieurs dispositifs de prévention de la morbi-mortalité liée à l'alcool. En 2019, trois dispositifs ont été mis en place pour aider à la connaissance et la compréhension des repères (« Pour votre santé, l'alcool c'est maximum 2 verres par jour, et pas tous les jours »), le deuxième est à destination des femmes enceintes et de leur entourage (« Zéro alcool pendant la grossesse »), et le troisième s'adresse spécifiquement aux jeunes (« Amis aussi la nuit ») [64b].

Dans ce contexte et dans l'intérêt du patient, les facteurs limitant la pratique RPIB en médecine de ville pourraient bénéficier d'une PEC en milieu hospitalier où les patients avec un TUA séjournent en moyenne 9,2jours [33]. Puis, un lien entre le milieu hospitalier et la médecine de ville, formalisé par un CR médical, favoriserait le PEC addictologique et somatique en lien avec les TUA.

I. INTRODUCTION

a. 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 : primaire ou secondaire, le sujet s'astreint à une abstinence stricte à la consommation d'alcool.
- L'usage simple : correspond à une consommation de l'alcool de façon modérée et occasionnelle. Par conséquent, les risques que présentent l'usage simple sont faibles.
- Le mésusage : correspond aux comportements de consommation d'alcool entraînant des risques et/ou des troubles somatique et/ou psycho-sociaux. Le mésusage inclut ainsi l'usage à risque, l'usage nocif, et la dépendance.

L'usage à risque concerne un comportement consommatoire dépassant les seuils définis localement au niveau national ou à un usage de l'alcool lors d'une situation à risque [9]. Elle devient alors un consommateur à risque, car son comportement est susceptible d'entraîner des dommages. Toutefois, ce comportement n'entraîne que des dommages infraliminaire et tout état de cause sans dépendance.

L'usage nocif, bien que le sujet ne fasse pas état de dépendance, le comportement consommatoire induit à minima un dommage cliniquement significatif au niveau médical, social ou psychique.

La dépendance n'est caractérisée ni par les dommages précis induits ni par la quantité précise consommée par le sujet. 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 en dépit de la connaissance des conséquences délétères [74][75].

Les troubles liés à l'usage de l'alcool (TUA) correspondent à des ensembles nosologiques décrits dans la CIM-10, le DSM-IV et le DSM-5. Il existe un gradient de sévérité dans les troubles liés à l'usage de l'alcool. Les troubles liés à l'usage de l'alcool sont un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et somatiques indiquant que le sujet continue à consommer de l'alcool malgré des problèmes significatifs liés à cette consommation. On peut retrouver des complications physiques, psychiques ou sociales de la consommation, un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de consommer, une perte de contrôle de la consommation, ou la poursuite de la consommation dans des situations dangereuses [9][74][75].

b. Les seuils de consommation d'alcool

Des directives nationales de consommation d'alcool ont été définies pour chaque pays [2;10]. En effet, nombreux sont les ayant défini des mesures relatives à la consommation d'alcool à faible risque. Ces recommandations ont été déterminées en fonction de différents critères tels que le genre, l'âge, ou encore le contexte. 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].

Face à la morbi-mortalité liée à l'alcool et à la volonté de rechercher à le réduire, un ancien programme nommé « *Less is better* » préconisait une information sur les risques en matière d'alcool d'une part, et la proposition d'une intervention brève permettant de maîtriser leur consommation d'alcool d'autre part. De ce programme sont nés le concept de réduction des risques et de RPIB [22].

Pour la France, les seuils de consommation à risque sont déterminés en fonction de l'unité de verre standard consommé. Ainsi, les seuils étaient définis respectivement pour les femmes et hommes à moins de 14 et 21 verres standard par semaine, pas plus de 2 et 3 verres standards par jour, pas plus de 4 verres standard par occasions, un jour d'abstinence par semaine et abstinence dans les situations à risque [2] [10]. Cependant, plus récemment les repères ont été revus à la baisse. En France, les instances sanitaires ont commandé un rapport qui a mené à l'établissement de nouveaux repères [71]. Compte tenu des nouvelles données sur le sujet [72], le comité d'expert propose les repères de consommation à moindre risque suivants : « Lorsqu'on consomme de l'alcool, il est recommandé pour limiter les risques pour sa santé au cours de sa vie de : 1) ne pas consommer plus de 10 verres standard par semaine, 2) ne pas consommer plus de 2 verres standard par jour, 3) avoir des jours dans la semaine sans consommation » [64b].

c. Définition du RPIB

Face au nombre de décès liés à l'alcool et une volonté de 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. Le concept de repérage précoce et intervention brève (RPIB) est né de cette stratégie [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 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*) [23a][23b].

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* [23a][23b]:

- *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),
- *Self-efficacy* : le patient est acteur de son changement, renforcement du sentiment d'auto-efficacité.

d. Le questionnaire FACE

Le questionnaire FACE (Fast Alcohol Consumption Evaluation) est un outil qui est utilisé dans le cadre du RPIB. Il offre aux médecins généralistes sans formation en 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 compte 5 questions notées de 0 à 4 (cf. *Annexe 2*). A l'issue de sa réalisation, l'interprétation diffère en fonction du genre:

- Pour une femme : la consommation d'alcool est à risque lorsque le score est ≥ 4
- Pour un homme : la consommation d'alcool est à risque lorsque le score est ≥ 5

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

Les performances du score FACE sont pour [23b] :

- Le critère Excès d'alcool :
 - pour les hommes: >4 , SE 88%, SP 74%, VPP 43%, VPN 96%
 - pour les femmes: >3 , SE 84%, SP 84%, VPP 36%, VPN 98%.
- Le critère dépendance : hommes et femmes > 8 , SE 75%, SP 96%, VPP 55%, VPN 98%.

e. Etat des lieux de la pratique du RPIB en France

La recommandation de la pratique systématique du RPIB par les médecins généralistes n'est que peu appliquée. 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]. Les principaux motifs évoqués pouvant limiter 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].

La stratégie de diffusion de la pratique du RPIB au niveau du territoire est un enjeu majeur dans l'application des nouvelles directives que l'on peut résumer de manière suivante : « Pour votre santé, l'alcool c'est maximum 2 verres par jour, et pas tous les jours » [64b]. L'application de la méthode ne se limite plus à la seule 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 permettrait de renforcer les connaissances et les représentations des professionnels de santé en ce qui concerne la consommation d'alcool [25].

Différentes données issues de la littérature mettent en évidence l'efficacité du RPIB au niveau international [23a][23b][24][25]. Bien que la méthodologie entreprise par les médecins généralistes diffère selon les études, notamment en termes de contenu, de durée, et d'intensité, ces dernières ont démontré une réduction significative de la consommation excessive d'alcool chez les patients concernés, alors que ce n'est pas le cas chez les autres patients n'ayant pas fait l'objet d'une intervention brève. Les résultats de ces études soulignent que l'utilisation du RPIB est justifiée au-delà des doutes raisonnables [24].

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

Pour le médecin traitant, l'intérêt de la pratique du RPIB répond à des besoins d'ordre pratique. En effet, grâce à cette démarche, il lui est permis de positionner son patient à partir d'un seuil de risque de consommation d'alcool établi par le score FACE. La pratique du RPIB permet 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 près de 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.

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

Les symptômes liés aux troubles de la consommation d'alcool diffèrent en fonction de la phase dans laquelle se situe l'individu. Quatre phases ont été identifiées et détaillées à l'*Annexe 1* [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],

L'alcool est la première cause d'hospitalisation en France [45][47][64][65]. Différentes complications liées au mésusage de l'alcool constituent des motifs de recours aux urgences et d'hospitalisation 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]. Ainsi, parmi les patients présentant une HTA admis aux urgences, 47% des cas sont imputables à l'alcool [32]. Près de 56% des cas de gastrites nécessitant un recours hospitalier sont imputables à l'alcool [33]. Dans 37% des cas, les patients ayant pour motif de recours une polynévrite ont fait état d'une consommation excessive d'alcool [33]. On note également que les cas de décompensation diabétique attribuable à l'alcool et motivant un recours hospitalier représentent 22% [34]. Par ailleurs, 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] [72].

Le médecin traitant est celui qui est en contact régulier avec la population générale. En effet près de 70% de la population générale consulte son MT au moins une fois par année. Grâce la pratique systématique du RPIB comme il est recommandé (1x/an), le MT peut d'identifier les comportements à risque, et par la suite proposer un accompagnement vers une amélioration de sa situation. Face à de telles constatations, la pratique du RPIB se présente comme une démarche nécessaire pour une meilleure prise en charge addictologique et somatique.

Notre travail porte sur l'intérêt de la pratique du Repérage Précoce et Intervention Brève (RPIB) dans les unités MCO d'un CHU (Amiens), avec pour but final d'informer le MT du résultat du repérage systématique.

La question de recherche : « Informer le MT par CR médical dédié sur le statut alcoologique du patient, repéré lors d'une hospitalisation en unité MCO, améliore-t-il la prise en charge alcoologique et somatique? »

L'objectif de l'étude est d'analyser l'intérêt du Repérage Précoce en alcoologie réalisé dans les unités MCO, pour une prise en charge alcoologique et somatique par le médecin traitant.

II. MATERIEL et METHODE

a. Population

Le travail s'est déroulé en trois étapes, (I) Réalisation d'un Repérage Précoce auprès de patients hospitalisés les unités MCO du CHU d'Amiens. La population cible concerne les patients admis quel que soit le motif d'hospitalisation. 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) sans dépendance.

b. Méthodologie

Le questionnaire destiné aux médecins traitant des patients présentant des TUA sans dépendance permet d'observer l'interaction entre les unités MCO et les médecins généralistes. Le questionnaire comprend 15 questions réparties entre 3 principaux thèmes : l'information générale sur le médecin, le courrier médical et l'intérêt pour le médecin traitant et les informations sur la prise en charge addictologique et somatique.

Le recueil des données sur les TUA des patients admis en soins MCO s'est déroulé sur la période de Janvier 2019 au février 2019. 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 l'auteur de ce travail. Sur ce fichier apparaissait les données nécessaires à la poursuite de l'étude (nom et coordonnées du médecin traitant, nom et date de naissance du patient).

Le planning de recueil sur cette période a été réalisé durant 8 semaines, à raison de 4 jours par semaine (Lundi, Mardi, Jeudi et Vendredi) 4 à 5 heures par jour.

Après l'identification des patients présentant un TUA, (soit des hommes ayant un score ≥ 5 et des femmes dont le score est ≥ 4) et avec leur accord, la deuxième étape consistait à informer leur médecin traitant respectif des scores FACE et du niveau de risque. Puis, un entretien téléphonique a été réalisé avec chacun des médecins généralistes pour d'évaluer l'intérêt du RPIB dans la prise en charge addictologique et somatique. 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 et somatique 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 de Fisher Exact.

III. RESULTATS

a. Données générales

Parmi les unités MCO du CHU d'Amiens, hors unités de soins intensifs, réanimation et pédiatrie, seuls 10 services ont participé sans difficulté au bon déroulement du repérage :

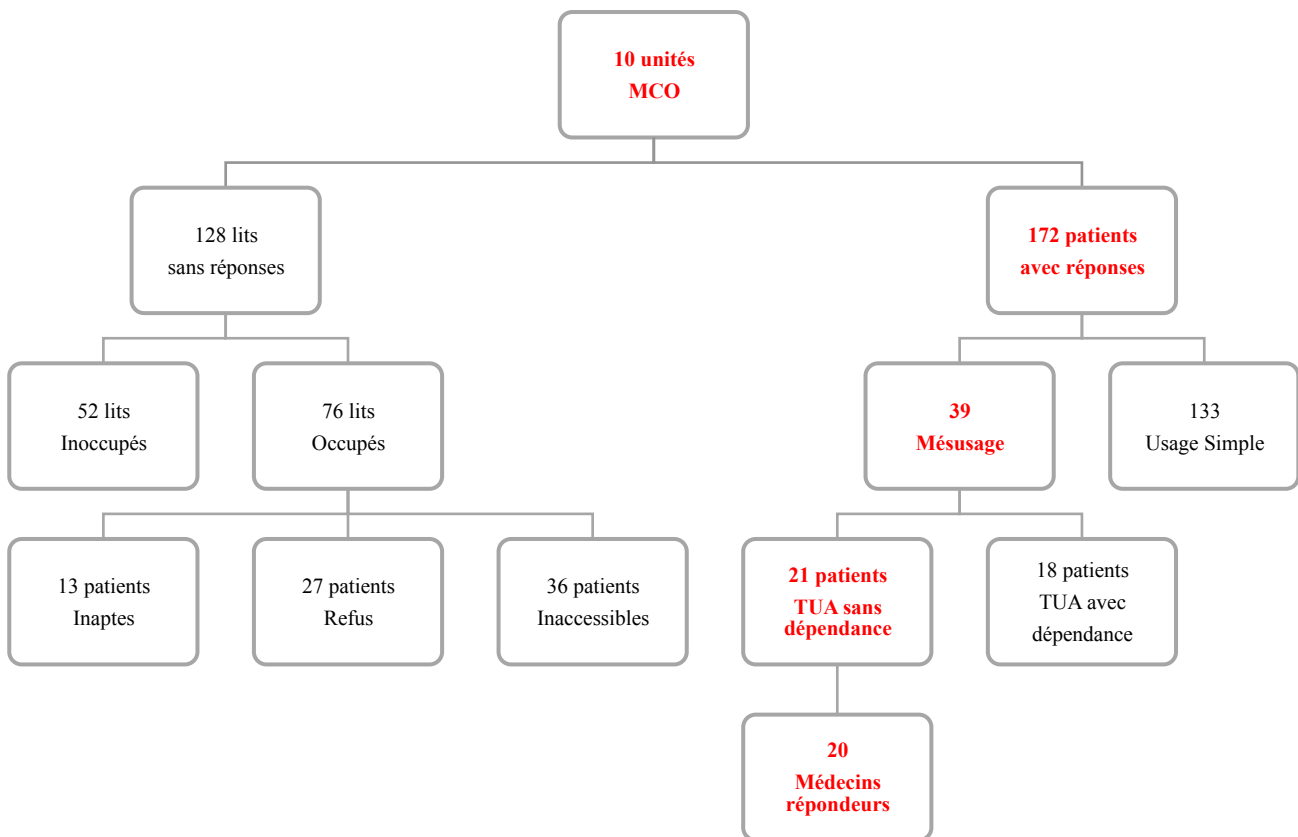
HGE, Chirurgie Viscérale, Pneumologie, Cardiologie (Hôpital De Semaine et Soins continus), Chirurgie Thoracique, Endocrinologie, Néphrologie, Médecine Interne, Pathologie Infectieuse.

Ainsi, sur un total de 300 lits visités, 172 patients ont bénéficié d'un repérage, 13 patients n'étaient pas aptes à répondre, 27 patients ont refusé de participer, 36 patients n'étaient pas accessibles et 52 lits étaient inoccupés.

Sur les 172 patients ayant accepté de participer à l'étude et respectant les critères d'inclusions, 133 ne présentaient pas de TUA (score FACE <4(F) ou <5(H)). Sur les 39 patients présentant un TUA, 21 sont sans dépendance (score FACE > 3 (F) ou > 4(H)) et 18 sont avec dépendance probable (score FACE >8). Sur le 21 patients présentant un TUA sans dépendance, 21 médecins traitant ont été identifié et ont tous acceptés de participer à l'étude à l'exception de deux d'entre eux, le premier n'a pas pu être joint et le second n'a pas souhaité participer. Ainsi, l'intérêt du RPIB a été évalué pour 20 patients et leurs 20 médecins traitants respectifs (Figure 1).

Le diagramme des flux est alors schématisé comme suit.

Figure 1 : Diagramme des flux



b. Résultats du questionnaire FACE

	Population	Usage Simple	TUA sans Dép	TUA avec Dép
N (%)	172	133 (77,3%)	21 (12,2%)	18 (10,5%)
Age (année)				
Moy +/- ESM	41,9 +/-1,5	61,7 +/-1,4	65,1 +/-3,4	59,2 +/-3,2
Genre				
Homme (%)	56,8%	50,0%	56,6%	81,0%

Tableau 2 : Caractéristiques des patients en fonction de leur usage

Parmi les 172 patients interrogés et ayant donné une réponse :

- 32 ont été admis en Hépatologie Gastroentérologie, dont 46,9% avec TUA
- 30 ont été admis en Chirurgie Viscérale, dont 20,0% avec TUA
- 22 ont été admis en Pneumologie, dont 31,8% avec TUA
- 21 ont été admis en Cardiologie, dont 19,0% avec TUA
- 18 ont été admis en Endocrinologie, dont 5,6% avec TUA
- 14 ont été admis en Chirurgie Orthopédique, dont 7,1% avec TUA
- 9 ont été admis en Rhumatologie, dont 0,0% avec TUA
- 8 ont été admis en Néphrologie, dont 12,5% avec TUA
- 8 ont été admis en Médecine Interne, dont 12,5% avec TUA
- 6 ont été admis en Pathologie Infectieuse, dont 33,3% avec TUA
- 4 ont été admis en Chirurgie Thoracique, dont 25,0% avec TUA

Sur la période de l'étude, 172 patients ont bénéficié de la dispensation du questionnaire FACE et ont été inclus dans l'analyse de données. L'âge des patients étudiés varie entre 18 et 89 ans. Leur moyenne d'âge est de 61,8 +/- 1,2 ans. L'échantillon de patients évalués est composé de 57,6% d'hommes.

Les informations relatives à la consommation d'alcool des patients sont issues des résultats du questionnaire FACE (tableau 2).

Sur la population de 172 patients et à partir du score FACE, 3 niveaux de risque de consommation sont catégorisés:

- Niveau 1 : Usage Simple, 77,3%
- Niveau 2 : TUA sans Dépendance, 12,2%
- Niveau 3 : TUA avec Dépendance probable, 10,5%.

(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)

Nos données de score FACE sur l'ensemble des patients ayant accepté de participer à notre étude (n=172) montrent qu'il n'existe pas de différence significative dans la distribution des niveaux de risques entre les hommes et les femmes (test Khi2 (172;2) = 3,81, p=0,15).

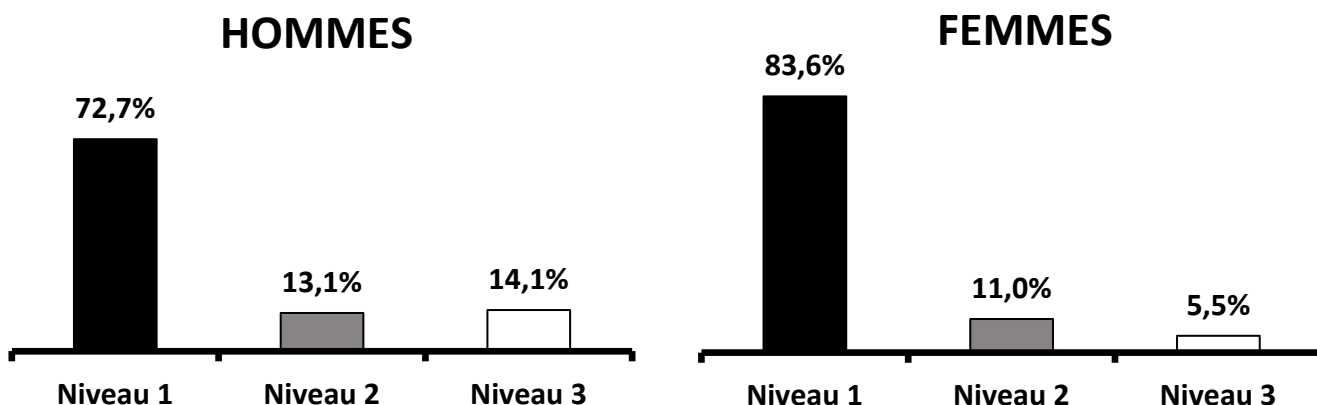


Figure 5 : Répartition des patients suivant le sexe et le niveau de risque

c. Résultats du questionnaire proposés aux des médecins généralistes

Parmi les 39 patients hospitalisés dans les 10 unités MCO du CHU d'Amiens et identifiés comme présentant un TUA, nous avons identifiés les 21 médecins traitant pour qui les patients présentent un TUA sans dépendance. Les médecins traitants ont été contacté en vue d'aborder l'impacte du repérage précoce sur leur mode de prise en charge somatique à la lumière du TUA de leur patient. Toutefois, parmi ces 21 médecins identifiés, 1 n'a pas pu être contacté et 1 a refusé de participer. Ainsi, la deuxième étape concernera les 20 patients restants répartis entre 20 médecins traitants contactés.

i. Informations générales sur les médecins

La moyenne d'âge des médecins traitant est de 51,1+/-1,9 ans. Le médecin le plus jeune est âgé de 35 ans, et le plus âgé a 72 ans. La majorité des médecins généralistes ayant fait l'objet de l'enquête (80,0%) sont des hommes. Les 20 médecins généralistes se répartissent équitablement en zone urbaine, Semi Urbain et Rurale (respectivement 35,0%, 35,0% et 30,0%). Si tous les médecins interrogés disposent de dossiers patients informatisés, notons qu'un seul déclare avoir bénéficié d'une formation en addictologie, soit 5%.

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	51,1 +/- 1,9	20
Genre		
Homme (%)	80,0 %	16
Mode d'Exercice		
Rural	30,0 %	6
Urbain	35,0 %	7
Semi Urbain	35,0 %	7
Médecins informatisés		
Oui (%)	100,0 %	20
Médecins formés		
En addictologie (%)	5,0 %	1

Tableau 3 : Informations générales sur les médecins traitant

ii. Le Courrier

On note que 95,0% (n=19/20) des médecins traitant ayant répondu confirment avoir bien reçu un courrier faisant état du TUA sans dépendance de leur patient et que parmi les médecins informés, 100% affirme l'avoir bien lu (n=19/19). De plus parmi les médecins qui ont lu le courrier, 78,9% (n=15/19) le trouvent utile, et parmi ceux qui l'ont trouvé utile, 53,3% (n=8/15) le considèrent comme informatif.

Concernant la Consommation Déclarée d'Alcool (CDA), 100% des médecins ayant trouvé le courrier informatif (n=8/8) l'ont reportée dans le dossier patient. Notons que parmi les médecins ayant considéré le courrier non utile et/ou non informatif, aucun d'entre eux (n=11) n'a reporté la CDA dans les dossiers patients.

iii. Informations sur la prise en charge addictologique et somatique

A l'issue de l'obtention des informations relatives à la situation à risque des patients admis en unité MCO au CHU d'Amiens, pour 100% des patients, leur médecin traitant ne prévoit aucun changement dans la démarche de prise en charge somatique. Alors que concernant le PEC addictologique les MT prévoient :

une abstention thérapeutique pour 78,9 % (n=15/19)
des règles hygiéno-diététiques pour 47,4% (n=9/19)
un traitement pharmacologique pour 21,1% (n=4/19)
une orientation vers un confrère spécialiste ou une structure dédiée. 0,0% (n=0/19)

Ce travail a permis de montrer que pour l'ensemble des médecins généralistes répondant (n=19), l'information du TUA sans dépendance de leurs patients ne change rien à leur démarche de prise en charge addictologique. On note également que l'ensemble des médecins qualifiant le courrier d'informatif (100%, n=8/8) notent la CDA dans le dossier patient.

iv. Abord du TUA en fonction du caractère informatif du courrier

L'ensemble des médecins interrogé n'a pas jugé nécessaire de revoir leur patient pour une consultation dédiée. Parmi les médecins ayant trouvé le courrier non informatif (57,9% soit n=11/19), la majorité de leurs patients TUA sans dépendance n'a pas bénéficié de l'abord du sujet (90,9%, n=10/11). Cependant, bien que seuls 42,1% (n=8/19) des médecins estiment que le courrier informatif, l'ensemble de leurs patients (100%) ont bénéficié de l'abord de leur TUA pendant une consultation non dédiée (test Fischer Exact (19;1) = 19,0 ; p<0,001).

v. PEC addictologique en fonction du score FACE du patient

L'ensemble des patients (n=18) présentant une dépendance probable (score FACE >8) bénéficiaient d'un suivi addictologique (Unité Addictologie ou CSAPA locaux). Concernant, les patients présentant un TUA sans dépendance, seuls 47,4% (n=9/19) ont bénéficiés de RHD et parmi les 10 n'ayant pas bénéficié de RHD, 40,0% (n=4/10) ont reçu en première intention un traitement (principalement des benzodiazépines).

vi. Découverte du TUA sans dépendance

Pour 78,9% des patients (n=15/19) le TUA sans dépendance n'était pas connu de leur médecin traitant. Alors que pour les 4 patients restant le TUA sans dépendance était déjà connu.

Parmi les 4 patients dont le TUA sans dépendance était connu, 100% de leurs médecins (n=4 /4) n'ont pas jugé utile de reporter la CDA dans le dossier médical. Alors que parmi les 15 patients dont le TUA sans dépendance n'était pas connu, 53,3% (n=8/15) ont pris la peine de reporter la CDA dans le dossier patient. (Test FISHER EXACT, p=0,19).

vii. Age des médecins généralistes et adéquation de la PEC addictologique

Sur notre échantillon de médecin (n=19) ayant répondu au questionnaire l'âge moyen est 51,1 ans +/- 1,9. Seuls 47,4% (n=9/19) d'entre eux adoptent une PEC adaptée au TUA de leurs patients. On note également que l'âge est un facteur statistiquement significatif de la PEC. Ainsi les médecins qui adoptent une PEC adaptée sont significativement plus jeunes de 4,7 ans que les médecins qui adoptent une PEC inadaptée (respectivement 47,1ans+/-1,7 vs 53,3ans+/-1,5)(Test T-Student p=0.02).

viii. Zone d'exercice et adéquation de la PEC addictologique

Parmi les médecins interrogés (n=20), leurs PEC se font en milieu rural, semi rural et urbain respectivement à hauteur de 30,0%, 35,0% et 35,0%. Sur notre échantillon (n=19), seuls 47,4% (n=9/19) 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 55,5% (n=5/9), 33,3%(n=3/9), 11,1%(n=1/9). 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 sur un point statistique (test Fischer Exact, p=0.232)

ix. Genre des médecins généralistes et adéquation de la PEC addictologique

Parmi les 19 médecins ayant participé à l'étude, 78,9% d'entre eux sont des hommes. Sachant que seuls 47,9% 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=0.754).

IV. DISCUSSION

L'Alcool est l'une des toutes premières causes d'hospitalisation [33][47][64b], il faut cependant noter que les patients avec un TUA sans dépendance consultent moins fréquemment leur MT que le reste de population générale [45]. Par ailleurs, près de 45% des MT affirment ne pas connaître la proportion des TUA dans la file active de leurs patients [49]. Dans ce contexte, l'ensemble des données disponibles sur le sujet montre l'intérêt du repérage précoce des TUA en milieu hospitalier [66].

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 maladie alcoolique. Ainsi, il est possible distinguer des troubles liés à l'usage d'alcool (TUA) sans ou avec dépendance à la quelle s'ajoute une notion de gradient. Pourtant, comparativement à l'ancienne définition et quelque soit le degré de TUA, la prise en soin n'est que peu ou pas modifiée.

La prise en charge de la maladie alcoolique au sein des structures hospitalières bénéficie déjà d'un cadre exhaustif 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 influence la PEC des TUA [57]. De même les méconnaissances des définitions des TUA nuisent à cette même PEC. En effet, les patients présentant un TUA sont le plus souvent associés de manière inappropriée à des patients qualifiés de dépendants [57], pour lesquels la PEC est par définition plus complexe et chronophage [9].

L'originalité de ce 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'une hospitalisation dans les unités MCO d'un CHU (Amiens), puis nous avons informé leur Médecin Traitant (MT) respectif du TUA. Enfin, nous avons évalué l'intérêt d'informer le MT au sujet du TUA de son patient.

Ainsi, sur un échantillon de 172 patients inclus dans notre étude, 22,7% des patients présentent un TUA avec ou sans dépendance probable, et parmi les TUA sans dépendance, 61,9% sont des hommes alors que parmi les TUA avec dépendance 77,8% sont des hommes. Les données démographiques de notre échantillon sont comparables aux données proposées par une expertise collective INSERM [66a] ainsi qu'aux données nationales et régionales [58][64a], et cela nous permet de discuter nos résultats dans un référentiel non biaisé.

Dans notre échantillon, on note que les TUA avec dépendance probable représentent un taux de 10,4% (n=18/172) et qu'il approche le taux en population générale [58]. Cela peut être contre-intuitif, dans la mesure où les comorbidités liées à la consommation d'alcool touchent toutes les sphères somatiques et par conséquent, on pourrait s'attendre à un taux majoré en terme de décompensation somatique due à une consommation chronique d'alcool. En effet, les données de la littérature montrent un consensus sur le lien entre « quantité d'alcool consommé » et « dommage somatique » [1].

Pourtant, bien que le taux TUA avec ou sans dépendance de notre échantillon soit comparable aux données nationales [58][64][66a], l'analyse détaillée de chaque unité MCO visitée, montre que certains services hospitaliers concentrent les patients avec un TUA. Notamment, sur les 32 patients du service HGE ayant participé, 46,9% (n=15/32) d'entre eux présentaient un TUA, dont 46,7% (n=7/15) sans dépendance. Alors que dans une autre unité dans laquelle on s'attend à des décompensation somatiques liée à l'alcool, parmi les 25 patients visités dans les services de Cardiologie, 20,0% (n=5/25) présentaient tous un TUA uniquement sans dépendance. Cette différence s'explique probablement par le retentissement somatique des décompensations des pathologies liées à l'usage chronique d'alcool. En effet, bien que l'HTA soit une des principale cause d'hospitalisation liée à la consommation l'alcool [66b], la symptomatologie peut être le plus souvent infraclinique, d'autant plus que l'HTA ainsi induite est rapidement résolutive, dès quelques jours après un sevrage bien conduit [66c].

Concernant les 20 médecins inclus dans notre études, les données démographiques sont comparables aux données locales [67], avec un âge moyen de 51 ans (51,1 +/- 1,1 ans), un ratio homme/femme de 80,0% en faveur des hommes et leur répartition dans les zones d'exercices Urbaine, Semi-Urbaine et Rurale est équilibrée (respectivement 35,0%, 35,0% et 30,0%) (Tableau 3).

Les courriers et les CR médicaux entre confrères médecins sont encadrés par une pratique qui est notamment bien décrite par le code de déontologie médicale [68]. Malgré une littérature pauvre concernant le sujet, les données montrent que les récipiendaires sont intéressés par le contenu et le trouvent relativement informatif [69].

Notre CR médical adressé aux MT consistait à l'informer de manière concise et chiffrée de l'usage d'alcool leurs patients. Le CR médical faisait apparaître le motif d'hospitalisation en unité MCO, la CDA ainsi que l'antériorité du comportement consommatoire et enfin le niveau de risque induit par la consommation d'alcool donné par le score FACE. Les 18 patients présentant un TUA avec dépendance bénéficiaient déjà d'un suivi addictologique. Les 21 patients présentant un TUA sans dépendance ont été informé que le résultat serait transmis au MT pour initier un suivi adapté.

Au delà de l'intérêt que le CR médical pouvait susciter, la PEC des TUA et notamment le PEC des TUA sans dépendance suscitée par l'information donnée par le CR médical, était le principal objectif de notre travail. Après une partie sur la démographie des MT interrogés, 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.

Pour ce travail, nous avons adressé 172 CR médicaux et nous avons pu questionner 20 MT pour 20 patients présentant un TUA sans dépendance. Dix-neuf MT ont accepté de participer à l'étude pour 19 patients avec TUA sans dépendance. Alors que 78,9% des MT qualifient le courrier d'utile, seuls 53,3% des MT lui attribuent une valeur informative. Les MT qui n'accordent aucune utilité, ni normativité au CR, concernent 21,1% des patients (n=4/19) pour qui le TUA sans dépendance était connu. De manière intéressante et en accord avec les recommandations de Société Française d'Alcoologie [9], on note que l'ensemble des MT ayant qualifié le courrier d'informatif, a également noté la CDA dans le dossier médical, soit 42,1% (n=8/19) des patients avec TUA sans dépendance.

Le mode de PEC somatique et addictologique motivé par le CR médical adressé au MT est un des principaux axes d'évaluation de notre travail. La PEC addictologique et somatique a été évaluée respectivement sur des critères binaires Adaptée/Inadaptée et Initiée/Non initiée. Ainsi nous avons considéré que la PEC est adaptée quand le choix de PEC addictologique correspond aux recommandations [9] et quand le choix de PEC somatique est initié quand elle est formalisée par acte concret.

Indépendamment des autres facteurs et pour l'ensemble des 19 patients avec TUA sans dépendance, le choix des MT consiste à ne pas modifier la PEC somatique (100%), et la majorité à opter pour une abstention thérapeutique (78,9%) concernant la PEC addictologique. 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].

Les recommandations incitent à proposer à minima une intervention brève et à explorer les complications des patients présentant un TUA avec ou sans dépendance [9][70]. Pourtant nos données montrent qu'aucun MT n'a changé la PEC somatique malgré l'information apporté par le CR, et cela que le CR soit qualifié d'utile ou non et/ou d'informatif ou non.

Concernant la PEC addictologique, 47,4% des patients recevront des RHD par leur MT. Considérée comme une PEC adaptée [9], ce chiffre est nettement supérieur la moyenne mondiale (22%) [25], cela est probablement à la construction du questionnaire qui offre un choix multiple de réponses parmi lesquelles les RHD représentent un choix simple et intuitif et qui n'occasionne que peu de risque iatrogène [73].

Les données démographiques des MT ont été analysées pour déterminer si elles avaient un impacte sur le choix de PEC. Nos données montrent que l'âge moyen des MT ayant fait le choix d'une PEC Adaptée (47,4%) ou Inadaptée (52,6%) était (respectivement 47.1ans+/-1.7 vs 53.3ans+/-1.5) (Test T-Student p=0.02). 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 médecins (51,1ans+/-1,1) correspond au début de leur exercice et que cela pouvait être une des causes de la bonne PEC proposée par le MT d'autant plus qu'il est jeune.

Par ailleurs, la variable genre ne semble pas influencer l'adéquation de la PEC. Bien que 52,6% 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 75,0% vs 77,8%) (Test de Fischer Exact, p=0.905). 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 analysé en fonction de l'adéquation de la PEC. Préalablement, nous montrons que l'échantillon de 19 patients avec TUA sans dépendance bénéficient équitablement d'une PEC dans les zones d'exercices urbaine semi urbaine et rurale (respectivement 35.0%, 35.0% et 30.0%). Sachant que seuls 47,4% 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 Khi2(19 ;2), p=0,476) probablement du fait de la taille de notre échantillon. Bien que l'on ne montre pas de différence significative entre la zone urbaine et rurale, on sait qu'il existe des arguments différents en faveur d'une PEC adaptée quelque soit le lieu d'exercice. En effet, l'exercice en milieu rural bénéficie d'une meilleure exploitation du réseau par le MT, alors que en milieu urbain, le MT a plus tendance gérer ses patients sur des domaines relevant d'un confrère spécialiste [48].

Les patients présentant un TUA sans ou avec dépendance diffèrent dans le mode de recours aux soins. 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]. Malheureusement, si elle est méconnu par le MT, l'information sur le TUA sans dépendance n'a que peu de chance de venir d'un service hospitalier après un séjour pour des motifs autres qu'addictologiques.

Par ailleurs, il est 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... Indépendamment la PEC du MT, les 18 patients TUA avec dépendance probable bénéficient tous d'un suivi addictologique, alors que seuls 47,4% des patients TUA sans dépendance bénéficient au mieux de RHD, alors qu'aucun n'a bénéficié d'une PEC somatique normalement prescrite par les recommandations [9].

Ce constat peut s'expliquer par le fait que les TUA avec dépendance présentent une symptomatologie bruyante 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, nos données montrent que le CR médical adressé au MT présente un intérêt moins marqué pour les patients avec un TUA sans dépendance et un score FACE élevé. En effet, on peut noter que les 4 patients pour lesquels le CR médical n'est pas jugé utile par le MT, ont tous un score FACE égale à 8. Un tel score signe un usage inadapté d'alcool à la limite de la dépendance probable. Bien que la Sensibilité et la VPN du score FACE soient excellentes pour les TUA avec ou sans dépendance [23b], notre effectif ne nous permet pas une conclusion statistiquement fiable.

En plus du caractère tardif du repérage des TUA, un grand nombre de facteurs largement documentés desservent la pratique d'une prévention en alcoologie. Ainsi, 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 traitant pour ne pas pratiquer le repérage systématique en alcoologie, et cela malgré les recommandations en termes de santé publique posés par l'OMS et la SFA [2][9]. De plus la littérature sur le sujet démontre clairement l'impact du repérage précoce sur la consommation d'alcool inadapté, que le repérage se fasse en médecine de ville ou en milieu hospitalier [60][61][62][63].

Le CR médical adressé au MT a également pour objectif de permettre d'initier l'abord du sujet « Alcool » ainsi qu'une PEC alcoologique et somatique. En effet le CR médical informant le MT du TUA de son patient est une occasion d'aborder le sujet avec ce dernier, pour peu que le MT s'y investisse. Sur les 19 patients des MT ayant participé, seuls 8,0% des patients avec un TUA ont bénéficié d'un moment (non quantifié) sur leur mésusage. 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, $p < 0,001$). De plus, le caractère informatif du CR médicale motive également de manière systématique l'inscription de la CDA dans le dossier médical des patients (Test Fisher Exact, $p < 0,001$).

V. CONCLUSION

Les difficultés et les représentations collectives sur le sujet Alcool chez le MT ont largement été décrites dans la littérature. Notre travail ne fait pas état des manquements aux règles de prévention primaire. Au contraire, notre travail de thèse propose une perspective directement inspirée des recommandations de la OMS, SFA, Santé Publique France et INPES, sur la PEC des TUA sans dépendance. Malheureusement, l'application des recommandations sur le terrain souffre d'un contexte peu aidant et propre à chaque cabinet médical.

Néanmoins, la PEC des TUA reste un enjeu de santé publique qui implique l'ensemble de la chaîne de soins. 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 les unités MCO adultes bénéficiant d'une population avec un large panel de motifs de recours autres qu'alcoologique. Pour peu que l'on ait bénéficié d'une formation adéquate, notre exemple a montré qu'il était possible de réaliser un repérage systématique en alcoologie dans les services hospitaliers. Les ELSA ont un rôle central dans la systématisation du RPIB en milieu hospitalier.

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 les unités MCO du CHU d'Amiens et la médecine de ville par l'intermédiaire d'un CR médical qui vise à informer les MT du TUA de leurs patients.

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. Il reste cependant à motiver chez le MT à initier la PEC somatique des patients TUA sans dépendances.

Ce travail montre l'intérêt de renforcer le lien et la communication entre les unités MCO et la médecine de ville. En effet, la communication sur le sujet Alcool permettra de sensibiliser les différents acteurs et d'aider à initier l'abord des TUA. Au delà de la PEC addictologique des TUA sans dépendance, la généralisation du repérage précoce permettra aux MT de proposer PEC somatique en adéquation avec le TUA et par la même occasion de réduire les décompensations somatiques liés à une consommation d'alcool inadaptée.

VI. 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] Bonaldi C et Coll, La mortalité attribuable à l'alcool en France. 2019 BEH N5-6 Février 2019 p97-108
- [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 Daepfen 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.
- [23a] 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.
- [23b] Dewost A-V et al. Fast Alcohol Consumption Evaluation: a screening instrument adapted for French general practitioners. *Alcohol clin Exp Res* 2006; 11: 1889.
- [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] 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.
- [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] Enquête DREES dans *Enquêtes et résultats* n°405, juin 2005
- [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 Oxfs.* 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.
- [58]. Palle C, Rattanaraj 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.
- [64a] Limosin F. Epidemiologic warnings from studies on alcohol use disorders. *L'Encéphale* April 2014 40 (2); 129-135.

- [64b] Bulletin de santé publique. Hauts de France. ALCOOL JANVIER 2020
- [65] M.Naassila, W.van den Brink. La médecine de précision en addictologie. Un besoin médical non satisfait. *Alcoolologie et Addictologie*. 2018; 40 (4): 314-327
- [66a] Expertise collective INSERM : Alcool – Dommages sociaux, abus et dépendance : Données issues d'une enquête en milieu hospitalier 2003 : 531-536
- [66b] Ceccanti, M., Sasso, G. F., Nocente, A. et al. (2005) Hypertension in early alcohol withdrawal in chronic alcoholics. *Alcohol and Alcoholism* 41, 5–10. First published October 18, 2005.
- [66c] Moreira, L. B., Fuchs, F. D., Moraes, R. S. et al. (1998) Alcohol intake and blood pressure: the importance of time elapsed since last drink. *Journal of Hypertension* 16, 175–180.
- [67] CNOM. La démographie médicale en Picardie. Situation en 2015
- [68] Code déontologie médicale figurant dans le Code de la Santé Publique sous les numéros R.4127-1 à R.4127-112
- [69] Thèse médecine générale 2012 Yann Normand "Le courrier du spécialiste au médecin traitant: En quoi est-il informatif et formateur pour le médecin généraliste?"
- [70] Miller WR, Wilbourne PL. Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*. 2002 Mar ; 97 (3) : 265-77.
- [71] Andler R, Richard JB, Cogordan C, Deschamps V, Escalon H, Nguyen-Thanh V, et al. Nouveau repère de consommation d'alcool et usage : résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. *Bull Epidémiol Hebd*. 2019;(10-11):180-7.
- [72] GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2018; 392: 1015–35.
- [73] Abrégés Connaissances et Pratiques, Médecine Générale, par B.Gay, MF Le Goaziou, M Budowski, PL Druais, S Gilberg, CNGE. 2003, 1er édition, 388 pages.
- [74] 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))
- [75] 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

VII. ANNEXES

Annexe 1 : 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 2 : 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 : _____

