

Mésusages de l'alcool : repérage en médecine générale

Mots clés :

Alcool
Mésusage
Médecine
générale
Repérage
Formation
FMC

La fréquence des mésusages de l'alcool et la difficulté d'en parler en dehors d'une demande explicite (*Bibliomed 365 et 366*) ont conduit au projet français « *Boire moins c'est mieux* », proposant d'intégrer à la consultation habituelle de médecine générale un repérage élargi et une intervention brève chez les personnes avec consommation à risque. Quelle est l'efficacité d'un tel programme? Quels outils sont proposés, sont-ils validés? Comment diffuser et mettre en œuvre ce programme? Des études étrangères et françaises apportent des réponses.

Des méthodes efficaces sur la consommation

L'efficacité d'une intervention brève sur la consommation d'alcool a été prouvée dans 7 des 9 méta-analyses des études randomisées sur ce sujet. La réduction de consommation d'alcool était de 20 à 40% à 6 mois mais s'atténuait à 12 mois. Les groupes contrôles avaient dans la plupart des études reçu un questionnaire sur leur consommation : celle-ci baissait également¹. **Le seul fait d'interroger un patient sur sa consommation**, avec le commentaire que cela comporte, paraît efficace².

Des outils de repérage validés

La consommation déclarée d'alcool (CDA), consommation hebdomadaire en verres et quantité maximum par prise, est la méthode la plus simple et la plus adaptée à un usage systématique en médecine générale³. Les questionnaires CAGE et AUDIT, remis au patient par la secrétaire ou en salle d'attente, sont mal adaptés à la situation française^{4,5}. Une version française plus simple, **le questionnaire FACE**, a été validée par 41 généralistes d'Ile de France, avec une sensibilité et spécificité satisfaisante, identique à l'AUDIT⁵. **Les marqueurs biologiques** (GGT ou CDT) ont une sensibilité et spécificité insuffisante dans ce domaine, et n'ont leur place qu'en examen de complément⁴.

Une mise en œuvre individualisée.

Quel que soit le contexte, il faut éviter tout ce qui semble jugement, inquisition, stigmatisation et laisser la parole au patient. **Un repérage systématique** est souhaitable, au moins avec la CDA. Il permet de repérer les patients à risque et ceux ayant un usage nocif. Dans l'idéal, il devrait concerner tout nouveau patient de plus

de 15 ans, et les autres tous les ans, au même titre que la consommation de tabac, l'activité physique, les antécédents, être noté dans le dossier médical, ce qui ne va pas sans difficultés en pratique courante... **Un repérage ciblé** devrait concerner les patients présentant des dommages liés à leur consommation d'alcool, mais non identifiés comme tels (HTA, asthénie, troubles digestifs, anxio-dépressifs, sexuels, difficultés familiales ou professionnelles, traumatismes...); et les patients où toute consommation peut avoir des conséquences néfastes (grossesse, conduite d'engins, médicaments...). Si le repérage est en faveur d'un **mésusage**, un questionnaire plus complet, la clinique, les examens biologiques permettent d'en définir le type³.

Une sensibilisation et une formation spécifique

La méconnaissance habituelle de l'étendue du problème et les obstacles rencontrés à la mise en œuvre du repérage font qu'un simple apport de connaissances est insuffisant. La formation doit s'appuyer sur le ressenti et les expériences des médecins, en particulier avec les alcoolodépendants, faire apparaître les différences et l'acceptabilité du dialogue avec les patients sur ce sujet, travailler sur des situations concrètes, des jeux de rôle⁶. Si le séminaire de 48 heures est la méthode idéale, la séance de 2 heures en soirée, de préférence en **groupes de 8 à 10 personnes**, est possible. Elle devrait être précédée d'un **recueil de pratiques et renouvelée à distance** pour analyser les difficultés rencontrées. Comme l'ont dit les médecins dans l'étude qualitative (*Bibliomed 366*), analyser sa propre pratique est en soi formateur.

A lui seul le repérage a une efficacité démontrée sur la réduction de la consommation. S'il est l'étape préalable indispensable, **l'intervention brève, qui en est le complément, en augmente les chances de bénéfice.** Elle est réalisable sans difficultés au prix d'une formation simple. Sa durée est compatible avec une consultation ordinaire, car elle peut être vraiment brève⁶. Se former dans ce domaine a de plus des retombées dans tous les domaines de l'éducation à la santé qui passe par la **prise en compte des conditions du changement de comportement.**

Cette approche prendra de plus en plus d'importance dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques et du développement de la prévention dans l'exercice de la médecine générale. Nous y reviendrons.

Références :

- 1 - Bertholet N et al. Efficacité de l'intervention brève. *Alcoologie et Addictions* 2003 ; 25 (4S) : 59S-63S.
- 2 - Huas D. et al. Efficacité à un an d'une intervention brève auprès de consommateurs d'alcool à problème. *Rev Prat Med Gen* 2002 ; 16 : 1343-8
- 3 - Demeaux JL. Mésusage de l'alcool en médecine générale. *Alcoologie et Addictions* 2003 ; 25 (4S) : 35S-36S.
- 4 - Daeppen JB, Dor B. Repérage des conduites d'alcoolisation en dehors de la dépendance. *Alcoologie et Addictions* 2003 ; 25 (4S) : 30S-34S.
- 5 - Artaoui S et al. Repérage précoce du risque alcool : savoir faire « FACE ». *Rev Prat Med Gen* 2004 ; 18 : 201-5.
- 6 - Michaud P, Abesdris J. Diffusion de la pratique de l'intervention brève : méthodes de formation et de mobilisation des acteurs de soins de premier recours. *Med Hyg* 2003 ; 61 : 1917-22.

 **Joyeuses fêtes de fin d'année (sans mésusage !)**
Prochain N° de Bibliomed le 6 janvier 2005 