Place du médecin généraliste dans la prévention des addictions

Ph. ARVERS, MD, PhD

IRBA/CRSSA – La Tronche

http://p.arvers.free.fr/

Baromètre santé MG 2010

- Lutte contre les addictions
  - Priorité de santé publique (plans cancer)
  - Introduction d'une démarche minimale de conseils concernant le tabac et l'alcool (prévention)
  - Appartenance à un réseau de santé (alcoologie, tabacologie ou addictologie)
    - De 0,9% à 2,3% (alcoologie)
    - De 5,7% à 5,3% (addictologie)
    - Déterminant pour le recours au repérage précoce

Baromètre santé MG 2010

- Le recours à un outil d'aide au repérage a fortement progressé :
  - Tabac : 34% (6% en 2003)
  - Alcool : 13% (2% en 2003)
  - Cannabis : 2%
- Les tests courts sont de bons instruments pour le dépistage
- Les questions courtes sont souvent plus efficaces que les questionnements plus longs

La consultation en MG

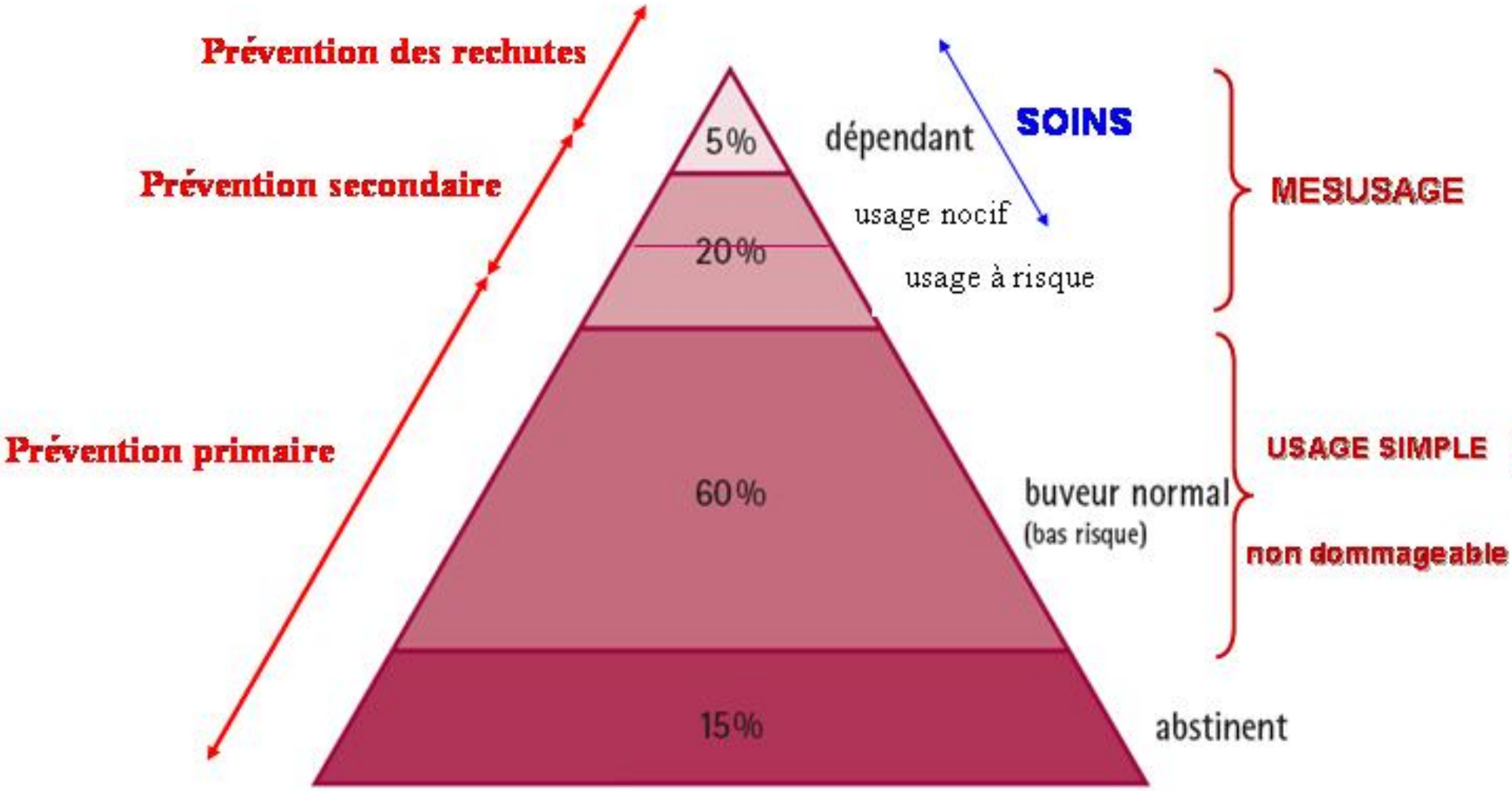
- 60% de la population vue chaque année
- Contact fréquent, privilégié car duel, de confiance
- Patient investit le MG comme acteur de soins vigilants
- Motifs fréquents de consultations (signe d'appels)

Le contexte

- Repérage précoce Intervention brève (RPIB)
  - Alcool, tabac
- Diagnostic de l'alcoolodépendance
  - 10 ans après l'apparition des symptômes,
  - Dans 20% des cas seulement

- ***Source*** **: Expertise collective Inserm[1], 2003**

1 : **Alcool : dommages sociaux ; abus et dépendance.** Ph. Arvers, Ph. Batel et al., Inserm eds, Paris, 536 p., 2003.



La pyramide de SKINNER

Du non-usage à la dépendance

- Abstinence (primaire ou secondaire),
- Consommation à faible risque (USAGE NON DOMMAGEABLE)
- Consommation à risque (USAGE A RISQUE)
- Consommation à problème (USAGE NOCIF)
  - il existe ou il y a eu un retentissement de la consommation : biologique, physique, psychique, relationnel ou social.
- Dépendance (3 critères au moins DSMIV-R)

Le RPIB : pour qui

- Cela concerne les patients au stade de **mésusage sans dépendance** :
  - Usage à risque (normes OMS, grossesse, postes à risque),
  - Usage nocif (il existe ou il y a eu un retentissement de la consommation : biologique, physique, psychique, relationnel ou social).

- C'est un acte de prévention et également de soins, sous la forme d'un conseil minimal standardisé de la consommation. .

Le repérage précoce : comment

- Evaluation de la Consommation Déclarée d'Alcool (CDA)
  - Les différentes boissons, sur 1 semaine
  - Notion de « verre standard »

- Evaluation de l'abus-dépendance à l'alcool
  - Questionnaire AUDIT (10 questions, autoadministré),
  - Outil validé internationalement et préconisé par l'O.M.S.
  - Valeurs seuils

Une unité d'alcool = un verre standard

1 verre ≈ 10 g d 'alcool pur (éthanol)

ballon de vin 12°

10 cl

=

½ de bière 5°

25 cl

=

verre de whisky 40°

3 cl

=

verre de calvados 45°

3 cl

=

coupe de champagne 12°

10 cl

Les seuils de consommation à risque retenus par l'OMS

- Pour l'usage régulier :
  - pas plus de 2 verres d'alcool par jour (14 / semaine) pour une femme,
  - pas plus de 3 verres d'alcool par jour (21 / semaine) pour un homme,

- Pour l'usage ponctuel, occasionnel :
  - Ne pas consommer plus de 4 verres d'alcool en une seule occasion (si vous devez prendre le volant, l'abstinence est recommandée)

- L'OMS recommande également de *s'abstenir au moins un jour par semaine* de toute consommation d'alcool.

- Il s'agit bien de « **verre standard** ».

- **Tolérance ZÉRO** pour la femme enceinte :
  la consommation d'alcool pendant la grossesse,
  même en faible quantité, peut avoir des conséquences graves
  sur la santé de l'enfant.

Attention au degré alcoolique et au volume d’alcool ingéré !

Certaines bières peuvent titrer à 9° , 10°, voire 12° d’alcool
Et se présenter sous forme de canettes de 33cl 50cl ou plus

50 cl de bière à 10° = 4 unités d’alcool

Vin / Champagne (12°)
7 verres d’alcool

Porto / Pineau (20°)
11 verres d’alcool

Whisky / Pastis / Vodka (40°)
22 verres d’alcool

L'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

- Mis au point par l'organisation mondiale de la santé (OMS) en 1990 (Babor, T. et al., 1989).
- Instrument simple permet de repérer les sujets ayant des problèmes d'alcool
- Validation en population générale faite initialement dans 6 pays en 1993

L'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

- Validation interne (test-retest) : le coefficient kappa de concordance varie entre 0,81 et 0,83 (Reinert, D.F., & Allen, J.P., 2007).
- Validation externe faite selon divers critères :
  - critères DSM IV-R de consommation à risque / d'abus-dépendance
  - consommation nocive (21 verres ou plus par semaine chez l'homme, 14 verres ou plus par semaine chez la femme)

L'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

- 10 questions,
- Abordant successivement
  - la consommation d'alcool (3 questions),
  - la dépendance,
  - les trous noirs et
  - les conséquences sociales de l'alcoolisation (7 questions suivantes).

L'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

- Une revue de la littérature récente (Berner, M.M., Kriston, L., Bentele, M., & Härter M., 2007).
  - 17 études
  - Valeur-seuil (cut-off) = 8
  - Dépistage des sujets présentant des problèmes d'alcool
  - Sensibilité = 0,31 à 0,89
  - Spécificité = 0,83 à 0,96

L'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

- En Europe, des différences sont notées entre 9 pays en 2006 (Knibbe, R.A., Derickx, M., Kuntsche, S., Grittner, U., & Bloomfield, K., 2007)
- Il s'agit de différences culturelles quant à l'appréciation des conséquences sociales de l'abus d'alcool.

L'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

- En France, la validation a été faite récemment (Gache, P., Michaud, P., Landry, U., Accietto, C., et al., 2005)
  - score inférieur ou égal à 6 (chez l'homme) ou inférieur ou égal à 5 (chez la femme) pour une non-consommation ou une consommation non problématique,
  - score supérieur ou égal à 7 (chez l'homme) ou supérieur ou égal à 6 (chez la femme) pour une consommation d'alcool à risque pour la santé,
  - score supérieur ou égal à 13 pour une alcoolodépendance.

Sensibilité et spécificité de l'AUDIT

	Sensibilité	Spécificité
score ≥ à 7 (homme)	83,5%	79,9%
score ≥ à 6 (femme)	81,2%	93,7%
score ≥ à 13 (homme)	70,1%	95,2%
score ≥ à 13 (femme)	94,7%	98,2%

Le RPIB : pour qui

- Cela concerne les patients au stade de **mésusage sans dépendance** :
  - Usage à risque
  - Usage nocif
- 7 < Score AUDIT < 13 (homme)
- 6 < Score AUDIT < 13 (femme)

- CDA > 21 verres / semaine (homme)
- CDA > 14 verres / semaine (femme)

Les patients non concernés par l'IB

- **Non usage ou usage non dommageable**
  - Restitution des résultats,
  - Conseils de prudence, prévention primaire.
- **Mésusage d'alcool avec dépendance**
  - Restitution des résultats,
  - Proposition d'entrer dans un processus de soins.

L’intervention brève (1)

- Restitution des résultats,
- Proposition de délivrance de l’intervention brève :
  - en cas de refus ou de réticence, remise du document de l’INPES " pour faire le point",
  - en cas d’acceptation, entretien (approche motivationnelle) et remise du document de l’INPES "pour réduire sa consommation".

L’intervention brève (2)

- Restitution du test de repérage,
- Explication du risque Alcool, avec le niveau de consommation à ne pas dépasser,
- Explication du verre standard (correspondant à 10 grammes d’alcool pur),
- Explication de l’intérêt personnel de réduire la consommation :
  - s’il existe des problèmes secondaires : diminuer ou arrêter de consommer de l’alcool,
  - sinon, rappeler l’intérêt financier ET sanitaire,
  - le choix de la méthode est fait par le patient.

L'intervention brève (3)

- Proposer un objectif et laisser le choix :
  - Les 4 R
    - William Miller et Stephen Rollnick
    - Recontextualiser, Reformuler, Résumer, Renforcer
  - Résumer la situation en reformulant l' objectif,
- Etablir un lien en proposant de réévaluer dans une autre consultation
- Remettre le livret INPES (c'est une intervention).

L'intervention brève (4)

- **Restitution du test de repérage**
  - Le test sert à ouvrir le dialogue
  - Restituer le score présenté par le patient
  - Comment dire: Mme , Mr le score du test que vous venez de passer est de ...

- **Explication du risque alcool**
  - **Connaissez vous le niveau de consommation à ne pas dépasser ?**
  - **OMS** : à partir de 2 verres/j femme et 3 verres/j homme

L'intervention brève (5)

- **Explication de l'intérêt personnel de la réduction en se basant sur les symptômes que le patient éprouve**
  - si problème secondaire : normaliser votre biologie, réduire votre TA, améliorer votre sommeil...
  - si absence de problème secondaire : qu'est ce que vous trouveriez comme avantage à réduire votre consommation d'alcool ? (argent, santé...).
- **Explication des méthodes utilisables pour réduire sa consommation**
  - réduire les occasions, les fréquences, les quantités
  - modifier les habitudes de consommation
  - c'est au patient de faire le choix
- **Objectifs**:
  - repérer les circonstances ou l'on boit le plus
  - définir des conduites de rechange
  - se donner des points de repère

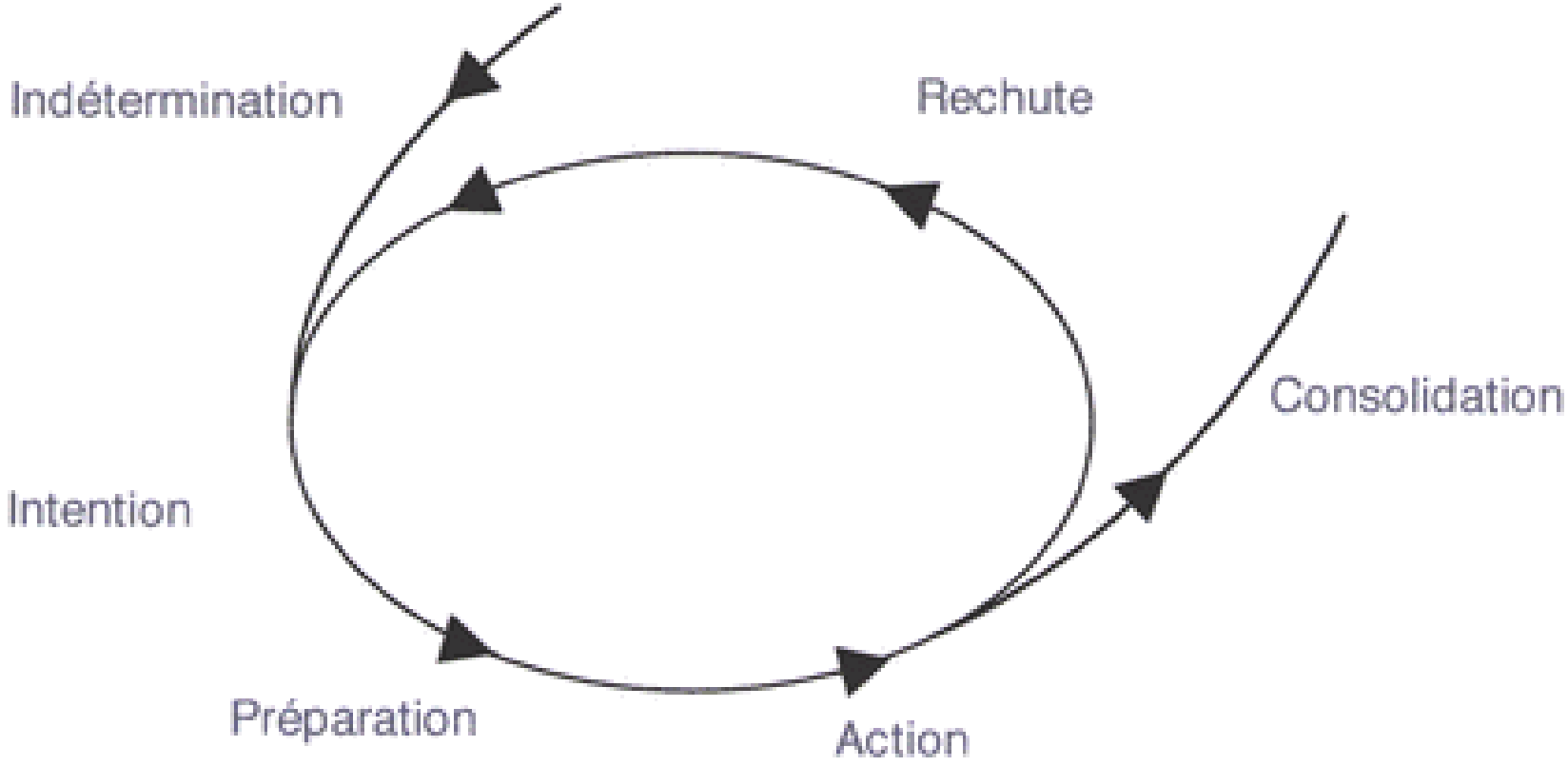
L'intervention brève (6)

- **Proposer des objectifs, laisser le choix**
  - **Résumer la situation en reformulant les objectifs**
    - Pour revenir à une consommation non dangereuse
    - Afin d'obtenir les bénéfices X ou Y que nous avons évoqué ensemble
    - Nous avons vu que vous pourriez utiliser telle tactique
    - Pour passer en dessous du seuil de 3 (2) verres
    - Est ce que j'ai bien résumé notre discussion ?
  - **Proposer de passer une période déterminée sous les seuils de risque mais seulement « si vous jugez cela opportun"**
  - **Mettre le patient en position de choix**
- **Donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation (**Optionnelle)
- **Remettre le livret :** sa remise constitue en soi une intervention

L'entretien motivationnel FRAMES

- **F**eed-back (refaire le point sur les dommages),
- **R**esponsability (mettre le patient au cœur du changement),
- **A**dvice (conseils clairs non moralisateurs de modération),
- **M**enu (à la carte, « recettes » pour réduire la consommation),
- **E**mpathy (empathie, attitudes positives),
- **S**elf-efficiency (capacité personnelle du patient, renforcement positif des ressources du patient).

Cycle de Prochaska et Di Clemente



Le RPIB : quand

- **Opportuniste**
  - Signes fonctionnels
  - Bilan de santé
  - Campagne publique
- **Systématique**
  - Premier consultant
  - Une fois par an
  - Evaluation protocolisée

Evaluation de la méthode

- Résultats supérieurs à l'absence d'intervention et quelquefois égaux à des prises en charge lourde.
- Résultats OMS: les IB permettent d'induire des réductions notables de la proportion de mésuseurs se maintenant au dessus du seuil de risque 6 mois et 12 mois après l'IB.
- La multiplication de l'IB pour un même patient ne permet pas une augmentation significative de la réduction de la consommation d'alcool.
- La multiplication des IB dans les cabinets de médecine permettrait une réduction sensible du nombre de mésuseurs.

Intégration du Repérage Précoce Intervention Brève dans la pratique généraliste à l'échelle de la Savoie

Résultats de l'étude « Alcool + »

Dr P. Bérenger - 2008

2006-2007 : généralisation du RPIB à l'ensemble des médecins de premier recours par le biais de prestations dérogatoires

- **Généralisation du RPIB alcool à tous les médecins généralistes de la Savoie**
  - **2006 : 40 nouveaux médecins généralistes formés**

    Plus de 500 patients ont déjà été dépistés et ont signé, avec leur médecin, un document d'adhésion à l'action collective de dépistage
  - **2007: 20 nouveaux MG ont été formé**

- **Formation des médecins du travail au RPIB alcool**
  - 2007 : inscription d 'une formation RPIB dans le plan de formation-action du Service de Santé au travail de Savoie pour 20 Médecins

- Au total : 80 MG et 20 MT formés par le réseau et actifs

2006 - Seconde phase « Alcool + » Généralisation du RPIB

- **Seconde phase étude Alcool +** : Évaluation de l'efficacité de l'intervention brève à un an (559 patients réévalués)
  Premiers résultats :
  - **Diminution de la CDA de 5 verres en moyenne**
  - **32.5 % des patients dépistés en usage à risque ou nocif repassent à un usage sans risque**
  - **38.2 % des patients réévalués dont la CDA baisse d 'au moins 30 %**

En conclusion

- Le RPIB est simple à utiliser, par tout médecin non spécialisé en alcoologie,
- Il permet de réduire la consommation d’alcool de manière notable.

- Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé, tous les patients devraient être interrogés sur leur consommation de tabac, et leur statut tabagique devrait être documenté sur une base régulière. Cette pratique augmente de façon significative les taux d'intervention d'aide au sevrage tabagique.
- Conseiller l'arrêt du tabac et proposer une aide aux fumeurs adultes, aux femmes enceintes et aux adolescents augmente de 2% le taux de sevrage tabagique spontané à long terme.
- L'efficacité est prouvée par rapport à l'absence de conseil.
- Si chaque médecin généraliste pratiquait ce conseil minimal, il y aurait 200 000 arrêts soutenus (6 mois) par an en France. L'efficacité serait plus grande que l'ensemble des consultations d'aide au sevrage tabagique.

DALLY S., Evaluation des conséquences et des problèmes médicaux associés,
Audition publique HAS, Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins -dossier participant-, 2007

SLAMA K., KARSENTY S., HIRSCH A., French general practitioners' attitudes and reported practices in relation with their participation and effectiveness in a minimal smoking cessation programme for their patients. ***Addiction***, 1999, 94, 1, pp. 125-132

Le repérage et l'évaluation du statut tabagique

- Il doit être fait au minimum 1 fois par an dès l'âge de 12 ans (l'âge moyen du début du tabagisme étant 14 ans et demi) en notant le statut dans le dossier : fumeur, non fumeur ou ex fumeur.
- Le patient doit savoir que le médecin connaît son statut tabagique.
- En cas de patient fumeur, l'histoire du tabagisme devrait être précisée avec :
  - le nombre de cigarettes fumées /jour
  - l'âge du début du tabagisme régulier (1 cigarette au moins par jour)
  - le nombre de tentatives d'arrêt antérieur et les aides utilisées
  - le vécu du patient lors des phases d'arrêt
- Si le patient est ex fumeur, la date d'arrêt est notée.
- Le statut tabagique du patient sera réévalué au moins un fois par an. Le médecin pourra saisir, entre temps, tous les contacts curatifs à venir pour l'interroger sur son désir d'arrêter de fumer.
- Ce sera, par exemple, lors de toute maladie en lien avec le tabac comme une bronchite, une toux persistante, des infections respiratoires répétitives chez les enfants, la découverte d'une hypertension ou d'un problème cardio-vasculaire, lors d'une intervention chirurgicale ou bien lors de la prescription de contraceptifs oraux ou au début d'une grossesse.

La pratique du conseil minimal

- Une fois le statut tabagique précisé, le professionnel devrait conseiller à son patient fumeur d'arrêter de fumer car le conseil médical à l'arrêt de fumer augmente le taux d'abstinence
- Les interventions courtes, durant moins de 3 minutes, comme le conseil minimal, augmentent les taux d'arrêt.
- Le conseil minimal s'adresse à tous les fumeurs, qu'ils soient prêts ou non d'arrêter de fumer.
- Le conseil minimal est une intervention brève et systématique, pour tout patient, qui a fait ses preuves.
- Chaque fumeur devrait se voir proposer au moins une intervention courte qu'elle soit suivie ou non d'une intervention intensive.
- Cette approche du statut tabagique parait simpliste. Mais sa formulation a été validée.

Poser la question au patient : « Fumez-vous » ?

- Si OUI, la 2ème question est immédiate :

« Envisagez-vous d'arrêter de fumer » ?

- En cas de réponse négative

1- Le médecin donne un conseil clair, ferme, sans jugement de valeur, avec empathie comme « Je dois vous informer qu'arrêter de fumer est la meilleure chose que vous puissiez faire pour votre santé »

2- Le médecin lui fait savoir qu'il peut l'aider s'il le souhaite

3- Le médecin invite le patient à la réflexion, lui remet une brochure, pour en reparler lors d'une prochaine consultation

Poser la question au patient : « Fumez-vous » ?

- Si OUI, la 2ème question est immédiate :

« Envisagez-vous d'arrêter de fumer » ?

- En cas de réponse affirmative

1- Le médecin propose alors une aide plus approfondie, qui sort du cadre proprement dit du conseil minimal

2- Le médecin planifie avec le patient une consultation spécifique ultérieure où sera fait l'évaluation de la motivation et dont découleront des propositions thérapeutiques et un suivi en fonction du degré de motivation

Poser la question au patient : « Fumez-vous » ?

- Si NON, le médecin l'encourage à poursuivre dans cette voie :

« Le choix que vous avez fait de ne pas (ou ne plus fumer) vous assure un meilleur état de santé. »

- Ce conseil isolé permet surtout de déclencher des tentatives d'arrêt chez les fumeurs de moins de 10 cigarettes/jour. Pour en augmenter l'efficacité, le médecin peut y associer une aide plus soutenue et un traitement médicamenteux.
- Le conseil minimal réalisé par le médecin généraliste sera d'autant plus efficace que son intervention sera renforcée par des actions collectives de prévention.

La tabacologie en médecine générale

- Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé, **tous les patients** devraient être interrogés sur leur consommation de tabac, et leur statut tabagique devrait être documenté sur une base régulière. Cette pratique augmente de façon significative les taux d'intervention d'aide au sevrage tabagique.
- Conseiller l'arrêt du tabac et proposer une aide aux fumeurs adultes, aux femmes enceintes et aux adolescents augmente de **2%** le taux de sevrage tabagique spontané à long terme.
- L'efficacité est prouvée par rapport à l'absence de conseil.
- Si chaque médecin généraliste pratiquait ce conseil minimal, il y aurait **200 000 arrêts soutenus** (6 mois) par an en France. L'efficacité serait plus grande que l'ensemble des consultations d'aide au sevrage tabagique.

DALLY S., Evaluation des conséquences et des problèmes médicaux associés,
Audition publique HAS, Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins -dossier participant-, 2007

SLAMA K., KARSENTY S., HIRSCH A., French general practitioners' attitudes and reported practices in relation with their participation and effectiveness in a minimal smoking cessation programme for their patients. ***Addiction***, 1999, 94, 1, pp. 125-132

Le repérage et l'évaluation du statut tabagique

- Il doit être fait au minimum 1 fois par an dès l'âge de 12 ans (l'âge moyen du début du tabagisme étant 14 ans et demi) en notant le statut dans le dossier : fumeur, non fumeur ou ex fumeur.
- Le patient doit savoir que le médecin connaît son statut tabagique.
- En cas de patient fumeur, l'histoire du tabagisme devrait être précisée avec :
  - le nombre de cigarettes fumées /jour
  - l'âge du début du tabagisme régulier (1 cigarette au moins par jour)
  - le nombre de tentatives d'arrêt antérieur et les aides utilisées
  - le vécu du patient lors des phases d'arrêt
- Si le patient est ex fumeur, la date d'arrêt est notée.
- Le statut tabagique du patient sera réévalué au moins un fois par an. Le médecin pourra saisir, entre temps, tous les contacts curatifs à venir pour l'interroger sur son désir d'arrêter de fumer.
- Ce sera, par exemple, lors de toute maladie en lien avec le tabac comme une bronchite, une toux persistante, des infections respiratoires répétitives chez les enfants, la découverte d'une hypertension ou d'un problème cardio-vasculaire, lors d'une intervention chirurgicale ou bien lors de la prescription de contraceptifs oraux ou au début d'une grossesse.

La pratique du conseil minimal

- Une fois le statut tabagique précisé, le professionnel devrait conseiller à son patient fumeur d'arrêter de fumer car le conseil médical à l'arrêt de fumer augmente le taux d'abstinence
- Les interventions courtes, durant moins de 3 minutes, comme le conseil minimal, augmentent les taux d'arrêt.
- Le conseil minimal s'adresse à tous les fumeurs, qu'ils soient prêts ou non d'arrêter de fumer.
- Le conseil minimal est une intervention brève et systématique, pour tout patient, qui a fait ses preuves.
- Chaque fumeur devrait se voir proposer au moins une intervention courte qu'elle soit suivie ou non d'une intervention intensive.
- Cette approche du statut tabagique parait simpliste. Mais sa formulation a été validée.

Poser la question au patient : « Fumez-vous » ?

- Si OUI, la 2ème question est immédiate :

« Envisagez-vous d'arrêter de fumer » ?

- **En cas de réponse négative**

1- Le médecin donne un conseil clair, ferme, sans jugement de valeur, avec empathie comme « Je dois vous informer qu'arrêter de fumer est la meilleure chose que vous puissiez faire pour votre santé »

2- Le médecin lui fait savoir qu'il peut l'aider s'il le souhaite

3- Le médecin invite le patient à la réflexion, lui remet une brochure, pour en reparler lors d'une prochaine consultation

Poser la question au patient : « Fumez-vous » ?

- Si OUI, la 2ème question est immédiate :

« Envisagez-vous d'arrêter de fumer » ?

- **En cas de réponse affirmative**

1- Le médecin propose alors une aide plus approfondie, qui sort du cadre proprement dit du conseil minimal

2- Le médecin planifie avec le patient une consultation spécifique ultérieure où sera fait l'évaluation de la motivation et dont découleront des propositions thérapeutiques et un suivi en fonction du degré de motivation

Poser la question au patient : « Fumez-vous » ?

- Si NON, le médecin l'encourage à poursuivre dans cette voie :

« Le choix que vous avez fait de ne pas (ou ne plus fumer) vous assure un meilleur état de santé. »

- Ce conseil isolé permet surtout de déclencher des tentatives d'arrêt chez les fumeurs de moins de 10 cigarettes/jour. Pour en augmenter l'efficacité, le médecin peut y associer une aide plus soutenue et un traitement médicamenteux.
- Le conseil minimal réalisé par le médecin généraliste sera d'autant plus efficace que son intervention sera renforcée par des actions collectives de prévention.

Pour compléter cette évaluation,lors de cette consultation ou au cours de la suivante

- La recherche de co-morbidités : BPCO, coronaropathies, AOMI…
- Le repérage des contre- indications du tabac :
  - la pilule : le risque d'infarctus est multiplié par 20 chez les femmes des plus de 35 ans qui fument plus de 15 cigarettes par jour.
  - la chirurgie implantaire est une contre indication en cas de tabagisme important : les retards de cicatrisation postchirurgicaux ou les séquelles inflammatoires locales de troubles parodontaux aigus antérieurs.

- Le repérage d’autres consommations de psychoactifs, notamment d’alcool. Le risque relatif de cancer des VADS, du pharynx et du larynx, résultant de l’association des deux consommations tabac et alcool, dépasse 30 (le risque relatif pour le tabac peut dépasser 15 et le risque relatif pour l’alcool est de 2 à 4 selon la consommation),
- Le repérage de pathologies aggravées par le tabagisme : polyarthrite rhumatoïde, poussée d’arthrite,
- L’information au patient du risque lié au tabagisme passif, pour son entourage.