

RPIB en médecine générale

Docteur Philippe CASTERA

**Ancien Professeur associé de médecine générale l'Université de Bordeaux
Conseiller scientifique et pédagogique de la COREADD NA**

**Les 26es Rencontres professionnelles du RESPADD
2-3 juin 2022**



Implantation en France

O.M.S. « Less is better » Phase IV
« Diffuser à grande échelle le RPIB en pratique de routine »

1998-2005

« Boire moins, c'est mieux »

- Aquitaine région pilote:
 - étude de faisabilité avec 13000 patients inclus (Bx-CUB)
 - Visites confraternelles (64)
- Validation du F.A.C.E.



La « real life » des MG

L'exemple de l'alcool

- 1,08% des consultations et 17 patients/MG (NAUDET-2003)
- 35 patients/MG (MAURAT-2005), malgré une formation au RPIB, des incitations financières et des relances par des ARC tous les 3 mois
- 84 % des patients ayant un problème d'alcool ne viennent pas pour cela (NAUDET-2003)

Le repérage systématique un idéal utopique en médecine générale ?

Et pourtant ?

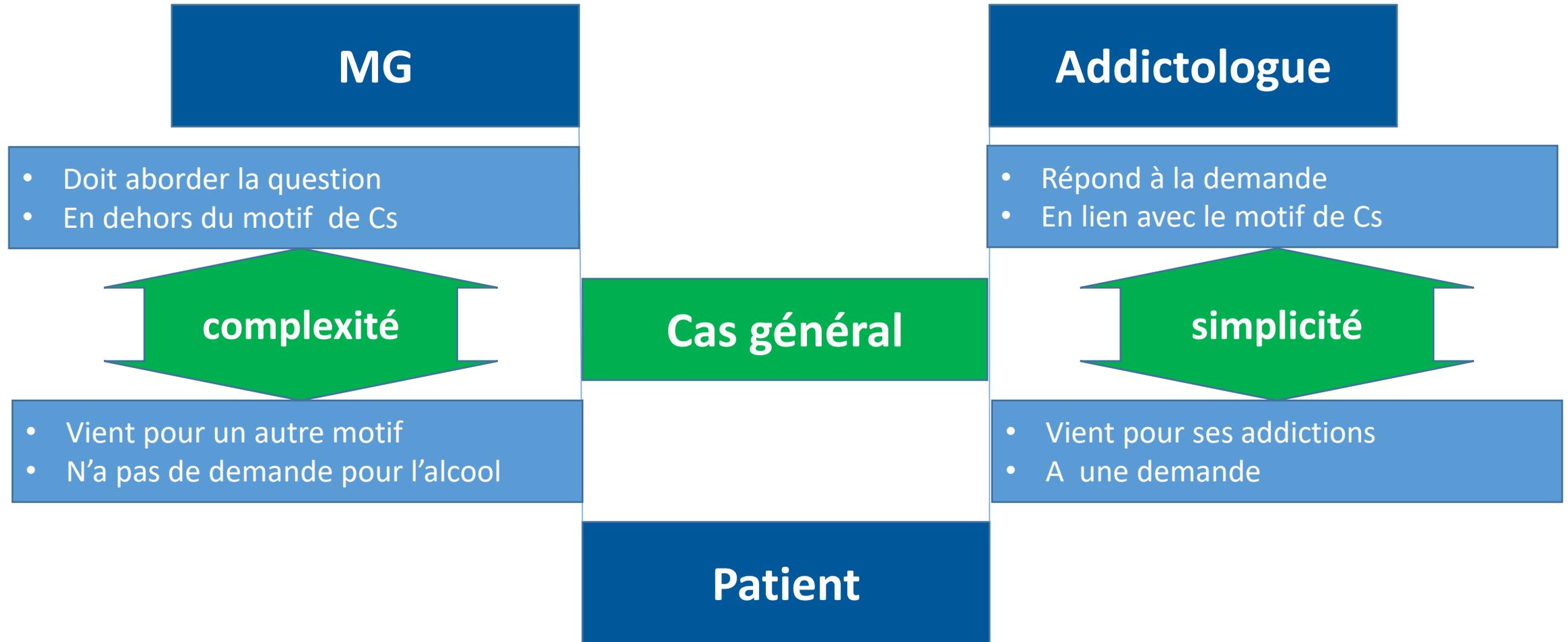
- Circulaire N°DGS/SD6B/2006/449 du 12/10/06
- Diffusion nationale du RPIB (2006-2010)
- RPIB = priorité de formation en soins primaires
- SFA: RBP mésusage de l'alcool: dépistage, diagnostic et traitement (2014 - 2021)
- HAS: outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève (2015)
- HAS: note de cadrage du 31 mars 2022

Un RPIB reconnu et promu +++

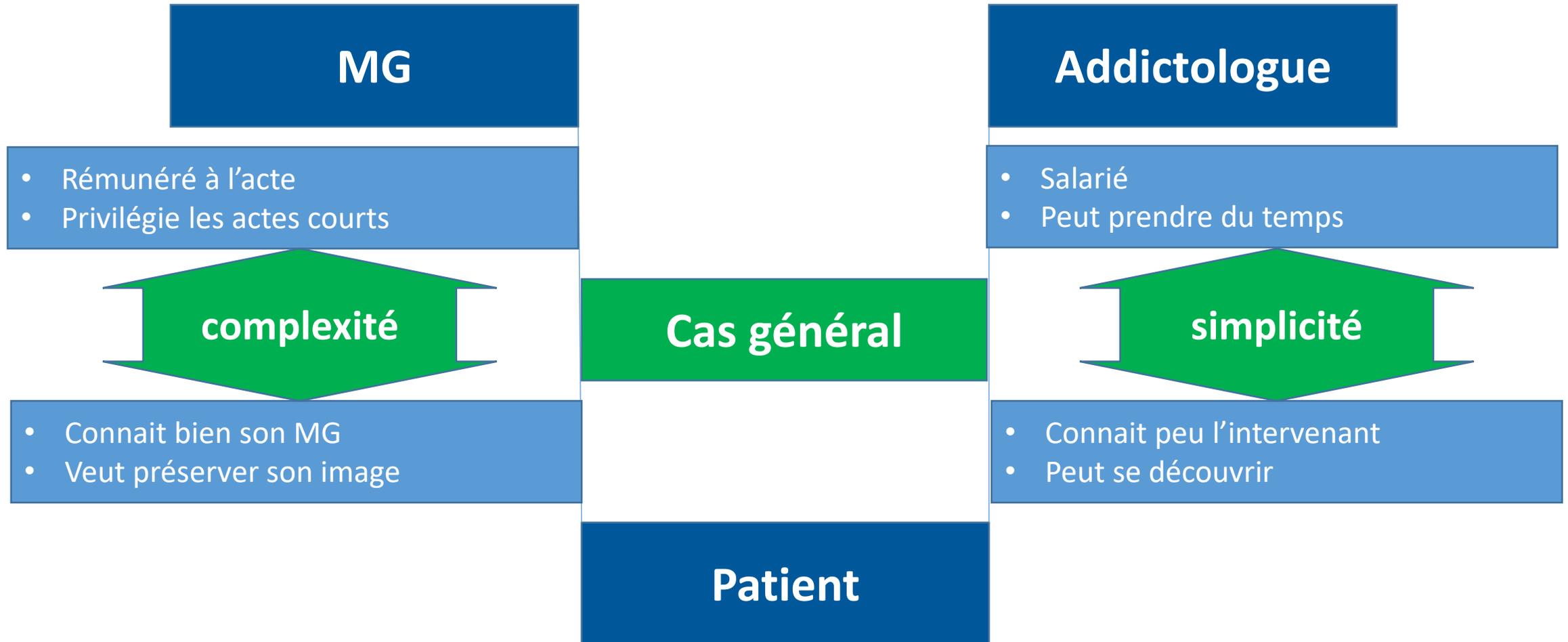
Une implantation
difficile: pourquoi?



MG vs Addictologue (1)



MG vs Addictologue (2)



La position du MG implique une plus grande complexité

- Aborder la question en l'absence de demande et en plus du motif de consultation
- Alors que la rémunération à l'acte favorise les actes courts
- Et que le patient peut avoir du mal à montrer ses faiblesses à son médecin

Le MG va s'impliquer si....

- La situation est fréquente et/ou grave
- L'intervention proposée est efficace
- Si l'alliance thérapeutique en bénéficie

Une implantation à adapter



Les situations à risque élevé

- Risque professionnel : médecine du travail
- Risque personnel : conduites de véhicule, pratiques à risque, accidents
- Pathologies potentiellement provoquées ou aggravées par l'alcool
- Médicaments incompatibles
- Grossesse, jeune âge,
- Violences, problèmes psycho-sociaux
- Perte du contrôle.....

Justifient un repérage systématique
Mais également pour tout nouveau patient

Des indicateurs de risque

- Tout changement négatif sur le plan physique, psychique ou social
- Autre addiction (tabac+++)
- Augmentation des demandes de soins
- Inquiétudes formulées par l'entourage
- Passage aux urgences pour IAA

Justifie un repérage systématique

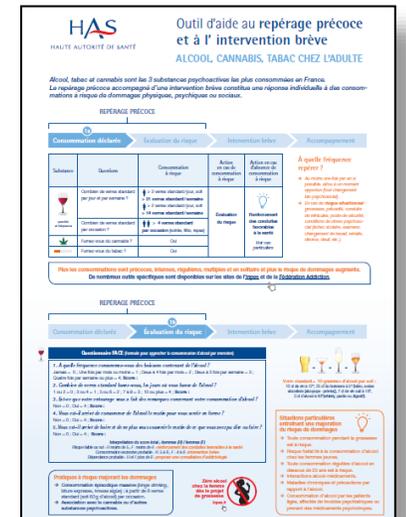
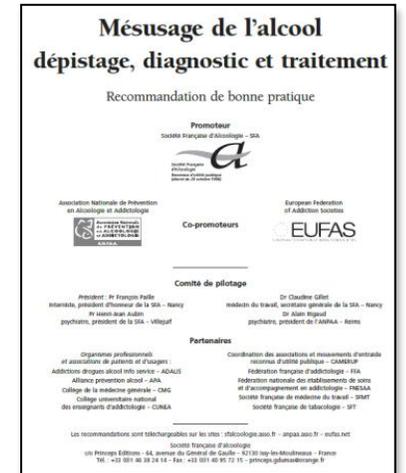
Des questionnaires pour faciliter le repérage

- **AUDIT-C / AUDIT** (Alcohol Use Disorders Identification Test)

- Questionnaires de repérage recommandés par la SFA
 - AUDIT-C (3 questions sur la consommation d'alcool)
 - AUDIT (AUDIT-C + 7 questions sur les conséquences négatives)

- **FACE** (Formule pour Apprécier la Consommation d'Alcool)

- Questionnaire de repérage recommandé par la HAS



Un repérage positif doit déboucher sur un diagnostic de sévérité du trouble d'usage (DSM 5)

Mais les questionnaires sont très peu utilisés

Scharll N , Maynié-François C. Utilisation des outils de repérage et d'évaluation des consommations à risque d'alcool, tabac et cannabis en médecine générale. Exercer février 2021; 107: 60-65.

- **230 réponders**
- **48% connaissent au moins un questionnaire**
- **14% en utilisent pour l'alcool**
- **Et c'est du déclaratif et des motivés.....**

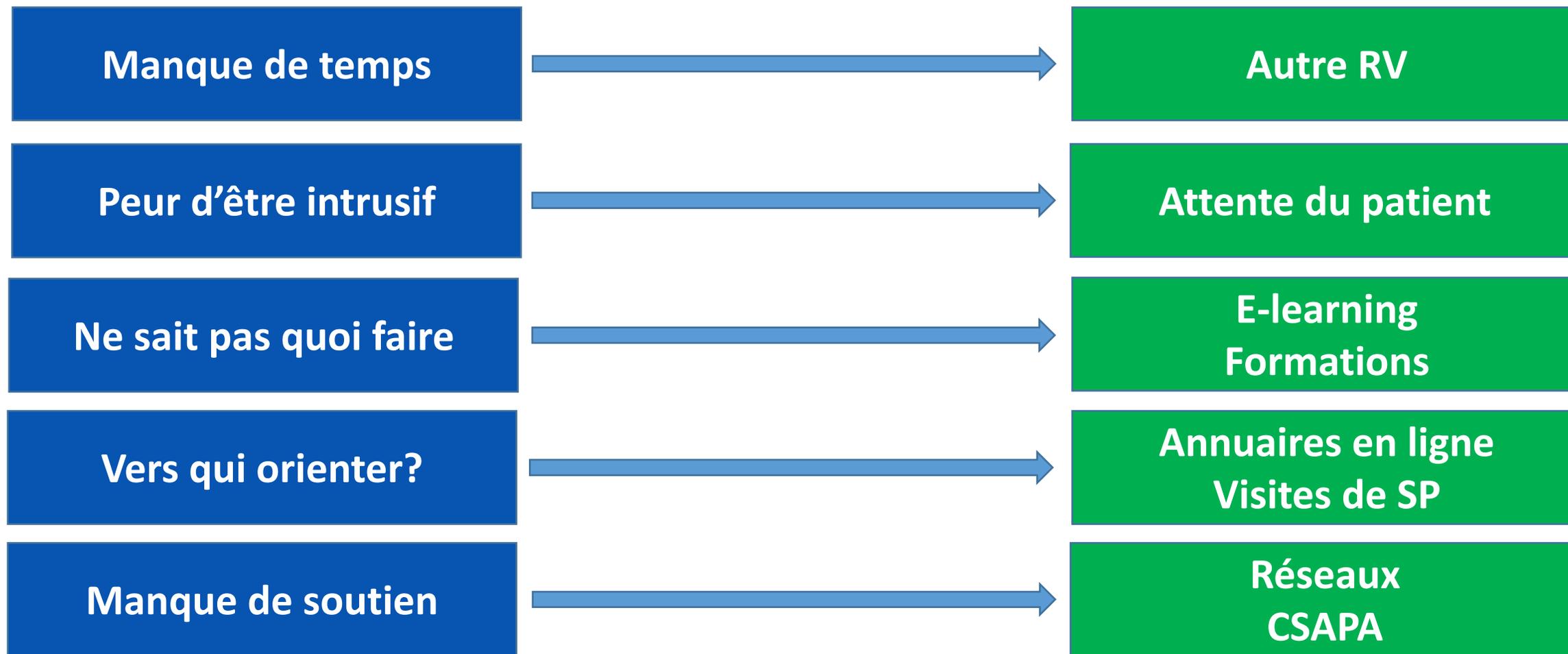
Une question unique bien construite pour ouvrir la porte....
....Et ils se débrouillent ensuite.... Si on agit sur leur motivation!

Quelles interventions brèves pratiquer ?

- Pas de lien durée IB et efficacité (Moyer-2002)
- 29 % à 39 % des patients reviennent en dessous des seuils sans différence significative entre la remise d'une brochure, une IB de 5 mn et un EM de 20 mn (Kaner-2013)
- Les études françaises d'Huas et Michaud confirment l'impact fort dans le groupe contrôle
- Les usages à risque plus nombreux et plus faciles à bouger masquent sans doute la nécessité d'interventions plus longues sur les troubles d'usage plus sévères

Des données qui légitiment une IB minimale pour les situations les plus fréquentes en soins primaires

Lever les obstacles, changer les représentations



L'Aquitaine: une
implantation réussie?



Un soutien pérenne et rare de l'Agence Régionale de la Santé (ARS)

- Depuis 2000, financement d'une **coordination régionale**.
- Un RPIB **intégré** à l'addictologie en soins primaires:
 - Visite de santé publique (Déléguée santé prévention©)
 - Travail sur la proximité et les liens avec les ressources
 - Site web « **addictoclic.com** » sur les ressources en premier accueil (professionnels et patients)
 - Site web « **addictutos** » pour les formations en ligne
- Des RPIB centrés patients : jeunes ; seniors ; femmes enceintes; consommateurs de benzos,
- Près de 20 000 professionnels formés.

Mais impact difficile à mesurer

Conclusion

Un repérage précoce opportuniste mais systématique pour chaque patient

Une IB adaptée aux patients (brochure, IB, EM) et aux praticiens

Un soutien favorisant l'amont (formations) et l'aval (accès aux ressources)

Du marketing social pour favoriser l'abord de la question

Et finalement un RPIB en développement sur tous les comportements à risque



Merci pour votre
attention

