

SYNTHÈSE

COMMENT FAVORISER LE RECOURS À L'AIDE EN CAS DE CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL ?



SYNTHÈSE

COMMENT FAVORISER LE RECOURS À L'AIDE EN CAS DE CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL ?

PATRIEK MISTIAEN, LAURENCE KOHN, FRANÇOISE MAMBOURG, FRÉDÉRIC KETTERER, CORINE TIEDTKE, MARIE-CLAIRE LAMBRECHTS, LODE
GODDERIS, MARC VANMEERBEEK, MARIJKE EYSSSEN, DOMINIQUE PAULUS



■ PRÉFACE

Pourquoi si peu de personnes ayant un usage problématique d'alcool sont-elles effectivement traitées ? C'est la question posée au KCE par le SPF Santé publique en 2014. Une question toute simple à laquelle, moyennant un effort de recherche adéquat, nous allions formuler une réponse tout aussi limpide. Tout à fait dans nos cordes ! Vraiment ? Ou bien y avait-il un lézard ?

Peut-être d'ailleurs le piège était-il déjà dans la formulation de la question, ou plutôt dans la manière dont elle peut être comprise. « Un usage problématique » est vite interprété comme une dépendance à l'alcool, avec tous les préjugés que cela suppose et la stigmatisation sociale qui va avec. Le « pourquoi si peu de personnes ? » sonne dès lors comme un reproche. Et le terme « traitées » vient couronner le tout : selon les nouveaux réflexes de notre société 'moderne', nous allions encore une fois, sans trop réfléchir, médicaliser le problème.

Et si c'est 'médical', il n'y a qu'à bien cerner les causes du problème, puis à puiser avec discernement au sein de l'arsenal thérapeutique existant et à servir le tout en guise de plan d'action aux décideurs de la Tour des Finances, de la place Victor Horta et de l'avenue de Tervuren. Le tour est joué !

Mais voilà, comme souvent dans nos études sur l'organisation des soins de santé, ce fut un peu moins simple que prévu. Pour commencer, nous avons dû déconstruire la question et la reformuler sur base des connaissances actuelles. Ce qui nous a rapidement menés bien au-delà des soins de santé à proprement parler, et qui nous a du même coup soumis au risque de nous perdre dans les multiples dimensions qui se révélaient à nous.

Bien sûr, à ce stade, nous ne pouvions plus nous en tirer en recommandant une pilule ou une thérapie. Car en fin de compte, la question apparemment toute simple qui nous avait été posée ne peut réellement avoir de sens que si on y répond dans une optique de « santé dans toutes les politiques » (*health in all policies*). En d'autres mots, il nous faut faire entendre la voix de la santé publique dans des domaines bien éloignés du nôtre, où les intérêts économiques et les facteurs culturels ne soufflent pas nécessairement dans la même direction. Mais la voix de la santé publique est-elle suffisamment forte pour porter jusque-là ?

Christian LÉONARD
Directeur Général Adjoint

Raf MERTENS
Directeur Général



■ MESSAGES CLÉS

- La consommation problématique d'alcool est fréquente en Belgique, mais seule une minorité des personnes touchées par ce problème font appel à une aide professionnelle. Ce phénomène est appelé « *treatment gap* » (littéralement « gouffre du (manque de) traitement »).
- Divers facteurs interviennent dans ce *treatment gap*. Ils se situent au niveau de la société, des prestataires de soins, de l'organisation des soins et de la personne touchée par la consommation problématique d'alcool elle-même. Ces facteurs sont interconnectés et interagissent entre eux.
- Par conséquent, afin de réduire le *treatment gap*, le KCE propose des mesures à tous les niveaux. Ces mesures doivent, autant que possible, être prises simultanément afin de pouvoir se renforcer mutuellement. Ce n'est que de cette façon que le *treatment gap* pourra diminuer.



■ RÉSUMÉ

TABLE DES MATIÈRES

■	PRÉFACE.....	1
■	MESSAGES CLÉS.....	2
■	RÉSUMÉ	3
1.	CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL : RARES SONT CEUX QUI CHERCHENT DE L'AIDE	4
1.1.	LA CONSOMMATION D'ALCOOL EST TRÈS FRÉQUENTE.....	4
1.2.	LA CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL : RAREMENT TRAITÉE	5
2.	UN PROBLÈME À COMPOSANTES MULTIPLES	6
2.1.	QU'EST-CE QUI EMPÊCHE DE CHERCHER DE L'AIDE ?	6
2.2.	QUELS RÔLES LES PRESTATAIRES DE SOINS ET L'ORGANISATION DES SOINS JOUENT-ILS DANS LA PROBLÉMATIQUE DU <i>TREATMENT GAP</i> ?	8
2.3.	COMMENT LE CONTEXTE SOCIAL CONTRIBUE-T-IL AU <i>TREATMENT GAP</i> ?.....	9
3.	SEULE UNE APPROCHE À DIFFÉRENTS NIVEAUX EST UTILE	11
3.1.	ÉLABORER UN PLAN « ALCOOL » AFIN DE MODIFIER LA PERCEPTION PAR LA SOCIÉTÉ	11
3.2.	ADAPTER L'ORGANISATION ET LE FINANCEMENT DES SOINS	11
3.3.	AU NIVEAU DES PRESTATAIRES DE SOINS : AMÉLIORER LA FORMATION, LES COMPÉTENCES ET L'ATTITUDE.....	12
3.4.	AU NIVEAU DE LA PERSONNE PRÉSENTANT UNE CPA : PRENDRE SON PROBLÈME EN CHARGE PERSONNELLEMENT ET ACTIVEMENT	14
3.5.	AU NIVEAU DE L'ENTOURAGE IMMÉDIAT DU PATIENT : INFORMER ET SOUTENIR.....	14
4.	LA SYNERGIE EST ESSENTIELLE	15
■	RECOMMANDATIONS.....	16
■	RÉFÉRENCES	19



1. CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL : RARES SONT CEUX QUI CHERCHENT DE L'AIDE

1.1. La consommation d'alcool est très fréquente

Dans la culture occidentale, l'alcool est souvent associé à la détente et à la convivialité. Que ce soit lors de naissances, d'anniversaires, de mariages ou d'autres événements importants de la vie, nous avons l'habitude de lever notre verre tous ensemble. Car dans notre pays, la consommation d'alcool est largement répandue et bien acceptée. Plus de huit Belges sur dix de plus de quinze ans boivent régulièrement de l'alcool, et plus de 14 % en consomment chaque jour.¹

Mais pour beaucoup d'entre nous, la consommation d'alcool est devenue problématique. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la consommation d'alcool dite « problématique » augmente le risque de plus de 60 maladies chroniques telles que les affections gastro-intestinales, le cancer, le diabète, le surpoids et les maladies cardiovasculaires. On considère également qu'une consommation excessive d'alcool est à l'origine d'un décès sur sept chez les hommes et d'un décès sur treize chez les femmes. Sans parler des divers problèmes sociaux tels que les conflits au travail ou au sein de la famille, de la violence ou encore des accidents (sur la route ou au travail, entre autres).

Il ne fait donc aucun doute que le coût social, socio-économique et humain de la consommation problématique d'alcool est très élevé.

Qu'est-ce qu'une consommation problématique d'alcool ?

Il existe différentes définitions et normes en matière de **consommation problématique d'alcool**.

Ainsi, pour son enquête de santé^a, l'ISP (Institut Scientifique de Santé Publique) utilise le questionnaire CAGE (*Cutdown ; Annoyed ; Guilty ; Eye-opener*), qui se compose de quatre questions sur la consommation d'alcool. Si la réponse à au moins deux de ces questions est positive, la consommation d'alcool doit être considérée comme problématique. Lors de la plus récente enquête de santé, réalisée en 2013, il est apparu que tel était le cas pour 10 % des répondants.

L'OMS parle pour sa part d'une consommation « excessive » d'alcool au-delà de 14 verres standard par semaine pour les femmes et de 21 verres standard par semaine pour les hommes. Selon cette norme, plus de 6 % des Belges boivent trop.



Source : <http://www.alcool-info-service.fr>

Parmi les personnes âgées aussi, (trop) nombreuses sont celles qui aiment boire un verre : selon une étude réalisée parmi près de 5000 Belges de plus de 65 ans, un peu plus de 10 % sont des « buveurs à risque », près de 5 % sont des « gros buveurs » et plus de 5 % sont des « buveurs problématiques ».²



Quelle que soit la norme utilisée, il est clair que la consommation problématique d'alcool est un problème de taille en Belgique.

Il est important de souligner que l'expression « consommation problématique d'alcool » recouvre un concept bien plus vaste que la seule *dépendance* à l'alcool. En effet, toutes les consommations problématiques d'alcool ne conduisent pas à une dépendance, mais toute personne présentant une consommation problématique doit être considérée comme à risque. Souvent, cette personne, pas plus que son entourage, ne sont conscients du problème, ou pas suffisamment. Et même si elle en est consciente, il est rare que la personne sollicite une aide professionnelle, et ce pour diverses raisons.

Dans ce rapport, nous résumerons l'expression « consommation problématique d'alcool » par les initiales CPA.

1.2. La consommation problématique d'alcool : rarement traitée

Diminuer sa consommation d'alcool et suivre un traitement permet de réduire le risque de développer les problèmes déjà cités.^{3, 4} Différentes interventions telles que les entretiens motivationnels (une technique d'entretien visant à explorer le potentiel de changement et à motiver le patient à modifier son comportement), les diverses formes d'accompagnement psychologique, les groupes d'entraide et les traitements médicamenteux ont amplement démontré leur efficacité et permettent d'affirmer que la CPA n'est pas un problème irréversible. Il est également important de préciser que le but ultime de ces interventions n'est pas toujours de faire en sorte que la personne stoppe complètement sa consommation d'alcool ; il suffit souvent qu'elle la réduise.

Néanmoins, il s'avère que la grande majorité des personnes présentant une CPA ne cherchent pas et/ou ne reçoivent pas de traitement. Ainsi, une étude européenne (portant également sur la Belgique) révèle que seuls 8 % des individus présentant une CPA ont cherché à recevoir une quelconque forme d'aide professionnelle au cours de l'année écoulée.⁵ Quant aux personnes présentant une dépendance à l'alcool, seulement 10 % d'entre elles cherchent ou reçoivent un traitement.⁶

Il apparaît également qu'il faut souvent attendre longtemps – en moyenne 18 ans – avant que les personnes concernées ne cherchent de l'aide.⁷⁻⁹ Une étude belge⁹ a établi que plus de la moitié des patients qui s'adressent à leur médecin généraliste pour un problème de CPA luttent en réalité contre leur problème depuis déjà plus de dix ans. Une explication possible à ce long délai est que de nombreuses personnes ayant une consommation problématique tentent d'abord de résoudre leur problème eux-mêmes. La plupart y réussissent d'ailleurs et consomment moins d'alcool, voire stoppent complètement leur consommation.^{8, 10-15} Mais les autres ne cherchent pas d'aide (ou d'entraide), ou n'en trouvent pas.

Le ***treatment gap*** (littéralement « gouffre du (manque de) traitement ») désigne précisément le phénomène des personnes présentant une consommation problématique qui ne cherchent pas ou ne reçoivent pas une aide professionnelle, ou qui la cherchent/la reçoivent tardivement alors qu'ils pourraient en tirer profit.

La réduction du *treatment gap* pourrait avoir un impact important en termes de santé. En cas de dépendance à l'alcool, une augmentation de 40 % du nombre de traitements pourrait faire diminuer de 9 % le nombre de décès chez les femmes et de 13 % chez les hommes.¹⁶

À la demande du SPF Santé publique, nous avons cherché à comprendre les causes de ce *treatment gap*. Nous avons analysé le problème à tous les niveaux : les personnes présentant une CPA elles-mêmes, les prestataires de soins, l'organisation des soins de santé et la société en général. Nous avons ensuite formulé des recommandations de nature à augmenter le recours à une aide appropriée.



Méthodologie

Pour cette recherche, nous avons fait appel aux méthodes de travail suivantes :

- nous avons sélectionné dans la littérature scientifique les revues systématiques et les études primaires belges afin d'identifier les facteurs freinant ou facilitant la mise en œuvre d'un traitement et de déterminer les interventions possibles.
- afin de resituer ces premiers résultats dans un contexte belge, nous avons ensuite réalisé une étude qualitative, basée sur des enquêtes et des groupes de discussion, auxquels ont participé entre autres des (ex)patients, des prestataires de soins et des décideurs politiques.
- sur la base de l'étude de la littérature et de l'étude qualitative, nous avons élaboré quelques mesures dont nous avons testé l'acceptabilité et les priorités auprès d'un groupe de parties prenantes, à l'aide d'une enquête en ligne et d'une réunion.
- enfin, comme pour tous les projets du KCE, le rapport a été validé par trois experts dans le domaine, qui n'avaient pas participé à l'étude, en vue d'un dernier contrôle objectif de la qualité.

Le colophon contient la liste détaillée des participants à cette étude et des validateurs.

Le rapport scientifique¹⁷ contient une description plus détaillée de la méthodologie utilisée.

2. UN PROBLÈME À COMPOSANTES MULTIPLES

Divers facteurs interviennent dans le *treatment gap* des personnes qui présentent une consommation problématique d'alcool. Ces facteurs sont interconnectés et interagissent entre eux. Nous les avons analysés séparément (cf. points 2.1, 2.2 et 2.3) et nous avons ensuite formulé des mesures par niveau pour tenter de réduire ce *treatment gap* (cf. chapitre 3).

2.1. Qu'est-ce qui empêche de chercher de l'aide ?

Comme déjà souligné, les personnes présentant une CPA attendent en moyenne 18 ans avant de se tourner vers une aide professionnelle. C'est un parcours lent et difficile, au cours duquel elles se débattent avec les différents stades de l'identification du problème : déni, reconnaissance, honte, volonté à passer à l'action, passage à l'action, etc. L'illustration 1 montre divers schémas de pensée présents chez la personne présentant une CPA et qui contribuent au *treatment gap*.



Illustration 1 – Raisons pour lesquelles une personne présentant une CPA ne cherche pas ou cherche tardivement de l'aide





2.2. Quels rôles les prestataires de soins et l'organisation des soins jouent-ils dans la problématique du *treatment gap* ?

Nombreux sont les prestataires de soins, tant en première qu'en deuxième ligne, qui entrent en contact avec des personnes présentant une CPA. Il s'agit notamment de médecins (généralistes et spécialistes), d'infirmiers, de pharmaciens, de psychologues, des aides familiales et d'assistants sociaux. Et parmi eux, nombreux sont aussi ceux qui éprouvent des difficultés à aborder le sujet de la consommation d'alcool, à reconnaître la CPA, à en discuter et à proposer de l'aide.

L'organisation des soins elle-même constitue également un obstacle à la détection et à l'aide des personnes présentant une CPA.

L'illustration 2 présente divers schémas de pensée des prestataires de soins qui contribuent au *treatment gap*.

Illustration 2 – Raisons pour lesquelles certains prestataires de soins ne proposent pas d'aide ou n'en proposent pas assez





2.3. Comment le contexte social contribue-t-il au *treatment gap* ?

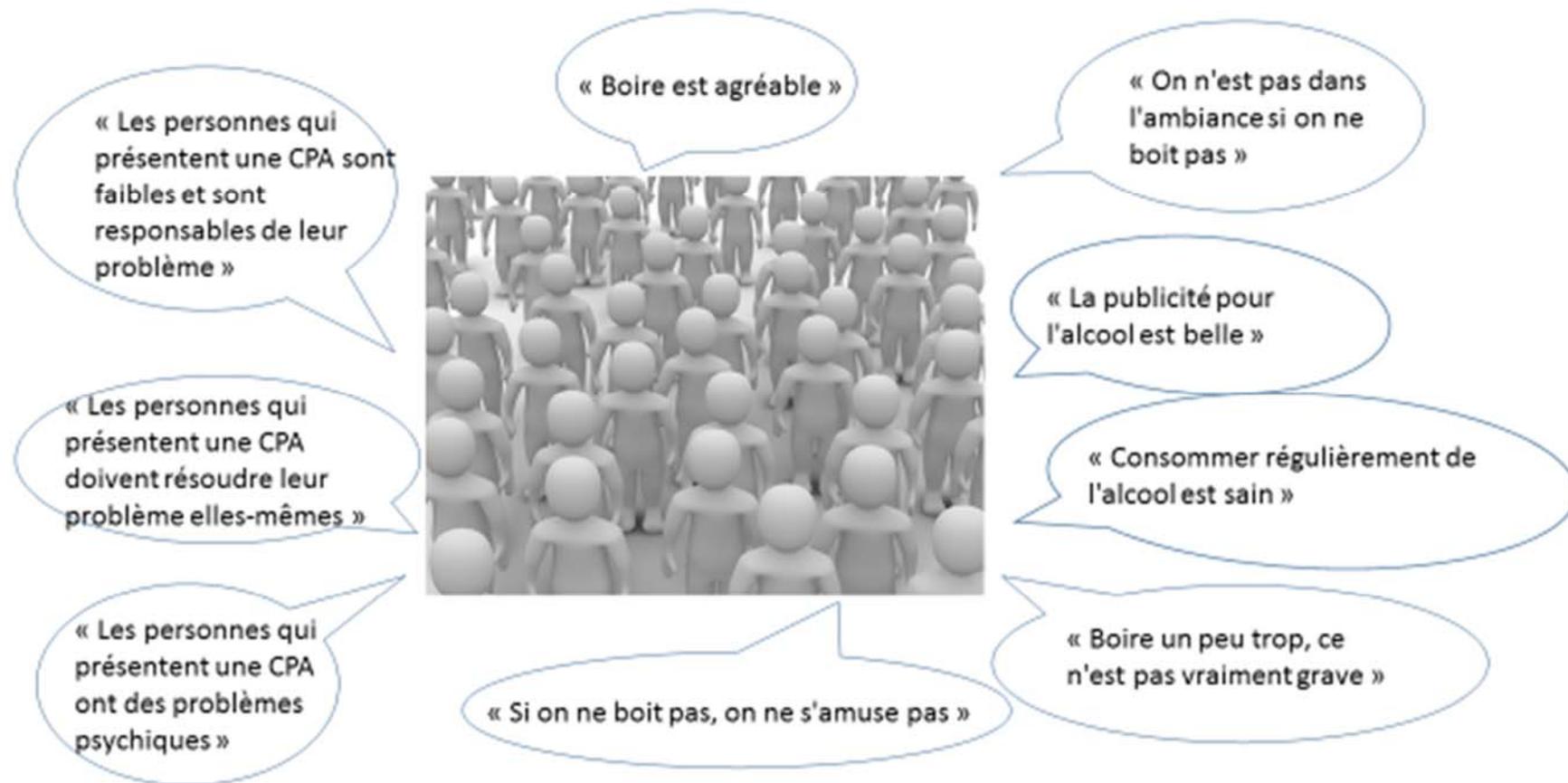
Dans notre pays, la consommation d'alcool est généralement bien acceptée par la société et fait partie de la vie quotidienne. Les personnes qui refusent de boire un verre sont même souvent qualifiées de peu sociables. La consommation est également encouragée par les nombreuses publicités, dont certaines laissent même parfois sous-entendre que boire de l'alcool est une habitude saine. De ce fait, la CPA est souvent détectée trop tard ou passe inaperçue et il est difficile pour les personnes concernées de reconnaître qu'elles ont un problème.

De l'enquête qualitative auprès des stakeholders et experts, on peut conclure à une certaine forme d'indulgence de la part de la société, qui a pour conséquences que la prise en charge des problèmes d'alcool n'est pas une priorité de l'agenda politique et que peu d'incitants et de moyens sont mis à la disposition des prestataires de soins. Les stakeholders et experts ont également rappelé que l'industrie des boissons est une grande pourvoyeuse d'emplois et représente un secteur économique important, au rayonnement international. Lorsque l'ancienne ministre de la Santé publique, Mme Laurette Onkelinx, a présenté, en 2013, un vaste « plan alcool », celui-ci n'a finalement pas bénéficié d'un soutien politique suffisant.

En revanche, notre société se positionne de manière moins tolérante envers les personnes qui présentent une CPA. Dans l'opinion publique, on estime souvent que ces personnes sont responsables de leur problème et qu'elles n'ont qu'à le résoudre seules. Elles reçoivent donc peu de soutien. Cette stigmatisation sociale fait que la personne concernée a honte et ne généralement son problème pendant longtemps. L'illustration ci-dessous présente divers schémas de pensée qui contribuent au *treatment gap* au niveau de l'ensemble de la société.



Illustration 3 – Contribution de la société au treatment gap





3. SEULE UNE APPROCHE À DIFFÉRENTS NIVEAUX EST UTILE

Étant donné les multiples dimensions de la CPA et du *treatment gap*, leur approche doit nécessairement se faire à plusieurs niveaux. Les mesures que le KCE propose doivent donc être combinées et, autant que possible, mises en œuvre simultanément afin de pouvoir se renforcer mutuellement. Ce n'est que de cette façon que le *treatment gap* pourra diminuer.

Dans ce chapitre, nous formulons d'abord des mesures qui s'adressent à la société, puis nous nous intéressons au système de soins et aux prestataires avant d'arriver au niveau de la personne qui présente une CPA et de ses proches. En effet, chacun sait que, dans une société donnée, plus la perception et l'attitude face à la consommation d'alcool sont « positives », plus le risque est grand que les sujets qui la constituent boivent de manière excessive. Si la politique en matière d'alcool modère cette perception sociale, cela aura inévitablement un effet bénéfique sur les niveaux sous-jacents et finira par réduire le *treatment gap*. La condition pour ce faire est, bien entendu, que lorsqu'une personne qui présente une CPA demande de l'aide, des soins appropriés puissent lui être proposés.

3.1. Élaborer un plan « alcool » afin de modifier la perception par la société

Il est impératif que toutes les parties concernées, parmi lesquelles les autorités compétentes, les décideurs politiques, les organisations de soins et les unions professionnelles ainsi que les associations de patients, s'accordent au plus vite afin d'élaborer et de mettre en œuvre un plan général en matière d'alcool. Seul un tel plan global peut contribuer à modifier l'attitude de la société envers la consommation (problématique) d'alcool. Le plan « alcool » belge pourrait notamment s'inspirer du [plan d'action général de l'OMS](#) et du [plan d'action européen de l'OMS](#) qui datent, respectivement, de 2010 et 2012.^{18, 19} Il pourrait également s'inscrire dans le sillage des résolutions prises récemment par le [Parlement européen](#) (2015).

Dans le cadre d'une réduction du *treatment gap*, un tel plan « alcool » pourrait notamment comporter les actions suivantes:

- Lancer une campagne d'information afin de sensibiliser le public aux risques et conséquences de la consommation d'alcool. Pour ce faire, différents médias (de masse) peuvent être utilisés. Des informations ciblées peuvent être diffusées dans certains lieux où l'on consomme de l'alcool (festivals, quartiers récréatifs, etc.).
- Mettre en place ou soutenir des points de contact et des centres d'information (téléphone, sites Internet) où chacun peut poser des questions et obtenir un soutien. Renvoyer ensuite ces personnes vers des initiatives existantes et coordonner celles-ci.
- Considérer la CPA comme un problème de santé et par conséquent interdire aux assurances privées d'exclure les problèmes de santé provoqués par l'alcool de leur couverture.
- Mettre en place une réglementation plus stricte en matière de publicité et de vente d'alcool.

Ces mesures doivent avant tout s'inscrire dans une volonté politique de faire évoluer l'opinion publique en ce qui concerne la consommation d'alcool. Quand la CPA sera perçue comme un problème de santé, la stigmatisation s'atténuera et il deviendra plus aisé pour les personnes concernées et les prestataires de soins d'aborder ce problème et de le traiter.

3.2. Adapter l'organisation et le financement des soins

Le système de soins de santé nécessite également des adaptations afin de rendre l'aide plus aisément accessible pour les personnes aux prises avec une CPA.

Ces personnes doivent recevoir les soins appropriés dans un contexte adéquat. Par conséquent, les modalités de soins doivent être diversifiées et adaptées en fonction des différentes phases de la consommation problématique, de sa gravité et de la motivation de la personne. Le contexte psychiatrique ne doit donc pas être l'unique possibilité de prise en charge des personnes qui présentent une CPA.



À cette fin, il faut mettre à disposition un (plus) large éventail de soins généralistes et spécialisés, tant en première ligne (généralistes, psychologues, infirmiers et assistants sociaux, entre autres) que dans les centres psychiatriques et les hôpitaux généraux. L'offre peut également être renforcée par un approfondissement des connaissances et des compétences des prestataires de soins (voir point 3.3) et par un financement correct pour les consultations de traitement de la CPA.

Par ailleurs, des infrastructures supplémentaires, principalement spécialisées, doivent être créées afin que les intervenants de première ligne puissent orienter plus facilement les personnes présentant une CPA et que celles-ci puissent recevoir plus rapidement des soins adaptés. Une collaboration entre la première ligne et les soins spécialisés est cruciale à cet égard.

Un exemple de telles infrastructures supplémentaires est la création, dans les hôpitaux généraux, d'équipes de consultation multidisciplinaires spécialisées dans la problématique de l'alcool, qui soutiennent et conseillent les prestataires de soins.

De nouvelles formes de soins, comme des sites internet proposant un soutien, des applications et des groupes d'entraide, doivent être encouragées et soutenues (voir points 3.4 et 3.5 ci-après).

Enfin, une consultation au cours de laquelle la problématique de l'alcool est abordée nécessite généralement plus de temps. Dès lors, un meilleur financement des consultations plus longues pourrait contribuer à une meilleure prise en charge. Un financement similaire existe déjà pour les « consultations cancer » : lorsqu'un médecin doit annoncer un diagnostic de cancer à un patient, il est rémunéré pour une consultation de longue durée. Il peut ainsi consacrer suffisamment de temps à discuter du diagnostic, des examens et du traitement avec le patient.

3.3. Au niveau des prestataires de soins : améliorer la formation, les compétences et l'attitude

Connaissances insuffisantes

De nombreuses études montrent que beaucoup de prestataires de soins ne possèdent pas de connaissances suffisantes sur la CPA et disposent de trop peu de compétences en matière de communication afin d'aborder les sujets délicats avec leurs patients. Par conséquent, il est fréquent que la CPA ne soit pas (suffisamment) identifiée et que les patients attendent trop longtemps avant qu'une aide appropriée leur soit proposée, voire n'obtiennent jamais cette aide.

Les instances de formation et de formation continue de prestataires de soins ont donc du pain sur la planche. En effet, tant les formations de base que les formations continues doivent prévoir des modules spécifiques portant sur les compétences de communication (entretien motivationnel, par exemple) et sur la consommation (problématique) d'alcool. En ce qui concerne cette dernière, il conviendra d'aborder la définition et les conséquences de la CPA, le dépistage de la CPA et la formation aux interventions brèves.

Dépistage et interventions brèves

Plus les personnes qui présentent un problème d'alcool sont identifiées tôt, plus les chances de prévenir les conséquences nocives et la dépendance à l'alcool sont grandes. Le **dépistage**, suivi d'une **intervention brève** lorsque le patient présente effectivement une consommation à risque ou une CPA, **sont efficaces pour réduire la consommation d'alcool.** ²⁰⁻²⁷

L'intervenant le plus approprié pour réaliser les dépistages et les interventions brèves est le médecin généraliste. En effet, il est joignable presque en permanence et il a souvent construit, au fil du temps, une relation de confiance avec ses patients. En 2011, l'association de médecins généralistes Domus Medica a formulé une recommandation de bonne pratique relative aux patients présentant une CPA.³

Néanmoins, d'autres prestataires de soins, comme par exemple un gynécologue lors d'une consultation prénatale, peuvent constater une consommation d'alcool problématique et, le cas échéant, orienter leurs patients vers une aide spécialisée.



Qu'est-ce que le dépistage de la CPA ?

En quelques questions, un prestataire de soins peut se faire une idée de la consommation d'alcool de la personne qu'il a en face de lui. Ces questions peuvent s'inscrire dans un questionnaire général portant aussi sur les habitudes en matière de tabac, d'alimentation et d'exercice physique. Le dépistage peut aussi faire partie d'un examen médical de routine ou de la prescription de médicaments ayant des interactions avec l'alcool.

Qu'est-ce qu'une intervention brève ?

Selon l'association de médecins généralistes Domus Medica, les interventions brèves sont des séances brèves au cours desquelles l'intervenant donne des conseils clairs et structurés à la personne qui présente une CPA. Il lui offre un suivi personnalisé, souligne sa responsabilité individuelle dans la modification de ses habitudes et lui propose des stratégies d'adaptation afin d'augmenter sa confiance en sa capacité à modifier son comportement. (traduit de Michels et al. 2011. pS139)³

Les dépistages systématiques d'une éventuelle CPA sont cependant peu fréquents. Ainsi, une étude belge²⁸ révèle que seuls 2 % des médecins généralistes interrogent leurs patients au sujet de leur consommation d'alcool, alors qu'ils posent beaucoup plus souvent la question de la consommation de tabac. Et lorsque le dépistage met en évidence un problème possible, une intervention brève ne s'ensuit pas toujours.

Comme indiqué précédemment, des ajustements au niveau de la formation de base et de la formation continue des prestataires de soins devraient mener à une augmentation du nombre de dépistages et d'interventions brèves. Une étude récente montre que ces mesures doivent de préférence être combinées avec d'autres mesures ciblant directement les patients ainsi que l'organisation des soins.²⁹

Toutefois, s'il s'agit de personnes en situation de dépendance à l'alcool, les dépistages et les interventions brèves ne sont plus utiles, probablement parce que le problème est déjà trop avancé. Pour ces personnes, un autre type d'approche est nécessaire.

Attitude des prestataires de soins...

L'attitude-même des prestataires de soins face à un patient qui présente une consommation problématique joue un rôle très important. La CPA doit de préférence être considérée comme un problème de santé qui peut être traité et non comme un problème de santé imputable au patient.

Les prestataires de soins doivent donc adopter une attitude qui ne condamne pas, faire preuve d'empathie et commencer par aborder et traiter les troubles pour lesquels le patient les consulte, et seulement ensuite évoquer le sujet de la CPA.

... et de leurs associations

Les associations scientifiques de médecins et d'autres prestataires de soins peuvent également jouer un rôle dans la réduction du *treatment gap* en diffusant à grande échelle les directives disponibles dans le domaine de la CPA et en intégrant autant que possible le dépistage de la CPA dans les protocoles de traitement.

Ces associations doivent aussi informer leurs membres de l'existence d'intervenants et de réseaux de soins spécialisés et collaborer avec des associations de patients, notamment des groupes d'entraide.

Les questions de dépistage de la consommation (problématique) d'alcool devraient toujours être reprises dans les dossiers automatisés des patients. Ceci est un rôle qui peut être endossé par les organisations de soins et les décideurs politiques.



3.4. Au niveau de la personne présentant une CPA : prendre son problème en charge personnellement et activement

Il ne faut pas attendre du système ou des prestataires de soins qu'ils apportent à eux seuls la solution. D'ailleurs, comme indiqué précédemment, une grande partie des personnes qui présentent une CPA sont capables de prendre en charge leur problème elles-mêmes. Mais qu'est-ce qui les encourage à réellement franchir le pas ? Tant les désagréments physiques que les autres conséquences de la consommation excessive d'alcool (problèmes relationnels, perte d'emploi, etc.) peuvent être des éléments déclencheurs d'une prise de conscience et peuvent les inciter à boire moins – ou à ne plus boire du tout.

Il faut également citer ici les sites internet qui informent sur la consommation abusive d'alcool, les traitements possibles et l'existence de groupes de soutien ou d'entraide, et qui proposent un dépistage en ligne, car ils peuvent contribuer à cette prise de conscience et offrir un soutien. En raison de leur anonymat, les dépistages en ligne sont d'ailleurs plus accessibles que les dépistages et interventions brèves réalisés par des prestataires de soins. Ces sites internet, ou leur développement, doivent donc être soutenus, encouragés mais aussi contrôlés en ce qui concerne l'exactitude des informations qu'ils proposent.

Enfin, les personnes qui présentent une CPA doivent être informées de l'efficacité et du coût des traitements ainsi que de l'existence de groupes d'entraide pour elles-mêmes et pour leurs proches.

3.5. Au niveau de l'entourage immédiat du patient : informer et soutenir

La famille et l'entourage immédiat d'une personne qui présente une CPA jouent un rôle essentiel. Ils sont souvent les premiers à remarquer le problème et à en parler à la personne concernée. Ils peuvent notamment la soutenir et l'encourager à rechercher de l'aide. Ce sont souvent eux aussi qui signalent l'existence d'un problème aux prestataires de soins qui, à leur tour, peuvent soutenir ces proches.

Par conséquent, il est important que les personnes de l'entourage immédiat du patient soient soutenues et qu'elles reçoivent elles aussi des informations sur les traitements et les intervenants possibles ainsi que sur les difficultés potentielles en cas de traitement. Il faut également insister auprès de ces personnes sur le rôle qu'elles peuvent jouer durant le traitement et attirer leur attention sur la possibilité de faire une thérapie familiale. Les groupes d'entraide et les sites internet de soutien (ou le développement de tels sites) destinés aux proches doivent faire l'objet d'une promotion active.

D'autres approches qui s'adressent à l'entourage de la personne présentant une CPA, telles que la *Community Reinforcement Approach & Family Training* (CRAFT^a), les interventions sur le lieu de travail et les interventions qui atténuent la stigmatisation, peuvent aider le patient.

^a Une approche qui accorde une grande importance à l'entourage du patient. Les effets positifs sont essentiels dans ce cadre : soutien social, activités agréables et récompenses matérielles ou symboliques.



4. LA SYNERGIE EST ESSENTIELLE

Le but du présent rapport est de trouver des explications au *treatment gap* et de proposer des interventions scientifiquement éprouvées afin de le réduire. Le *treatment gap* constitue clairement un problème majeur et sa réduction peut entraîner un gain considérable en termes de santé, moyennant une approche adéquate.

Au cours de notre travail, nous avons pu constater que de très nombreuses études sont consacrées à cette problématique.

Différents facteurs qui interviennent à divers niveaux dans le *treatment gap* interagissent entre eux. L'approche du problème exige donc une stratégie globale impulsée par le monde politique et combinant des mesures synergiques à tous les niveaux. Ce n'est que de cette manière qu'un résultat concret pourra être atteint.

En attendant la mise sur pied du plan demandé, les autres parties concernées ne peuvent pas se permettre de ne rien faire. Des mesures à plus petite échelle peuvent être prises, comme par exemple l'organisation de formations pour les prestataires de soins.

Le problème et les causes sont connus, des interventions efficaces sont disponibles : il ne reste plus qu'à passer à l'action !



■ RECOMMANDATIONS^b

La consommation problématique d'alcool est un problème multidimensionnel qui ne peut être abordé qu'au travers d'une combinaison de mesures (mises en œuvre de manière simultanée dans toute la mesure du possible).

- Le KCE recommande que toutes les parties concernées (autorités compétentes et décideurs politiques, associations de prestataires de soins, organisations de soins, associations de patients) se réunissent au plus vite et élaborent un plan « alcool » global. La réduction du *treatment gap* en matière de consommation problématique d'alcool doit s'accompagner d'une politique visant à réduire la consommation d'alcool en général.
- À l'attention des ministres compétents :
 - Lancer des campagnes d'information et de sensibilisation en collaboration avec la VAD (Vereniging voor alcohol- en andere drugproblemen), Infor-Drogues et d'autres organisations afin de sensibiliser davantage le public aux risques et conséquences de la consommation d'alcool.
 - Faire largement connaître les normes en matière de consommation acceptable d'alcool.
 - Informer sur les conséquences d'une consommation excessive d'alcool.
 - Utiliser les différents types de médias (de masse).
 - Mettre également sur pied des actions ciblées dans les lieux récréatifs, les festivals, etc.
 - Faire largement savoir à qui l'on peut s'adresser pour poser des questions et demander de l'aide en ce qui concerne la consommation d'alcool.
 - Faire largement savoir où on peut contacter un groupe d'entraide.
 - Mettre en place des points de contact (téléphone, sites Internet) auxquels les personnes peuvent poser leurs questions et/ou renvoyer à des points de contact existants et coordonner toutes les initiatives dans ce domaine.
 - Prévoir un financement adéquat pour des soins intégrés et multidisciplinaires, tant au niveau de la première que de la seconde ligne, en cohérence avec la prise en charge des personnes avec des troubles de santé chronique, et de telle manière que les prestataires puissent consacrer suffisamment de temps à ces patients et puissent facilement faire appel à l'expertise d'autres prestataires.

^b Le KCE est seul responsable des recommandations.



- **Élargir la capacité de traitement de la consommation problématique d'alcool en première ligne, dans les hôpitaux généraux et dans les établissements psychiatriques spécialisés.**
- **Interdire aux assurances hospitalisation d'exclure de la couverture les problèmes de santé liés à l'alcool.**
- **À l'attention des établissements de formation des prestataires de soins :**
 - **Accorder plus d'attention, dans le curriculum de base, à la problématique des assuétudes, y compris à la consommation problématique d'alcool.**
 - **Intégrer dans le curriculum de base les compétences en matière de communication nécessaires dans l'approche de la problématique des assuétudes, y compris les entretiens motivationnels.**
- **À l'attention des associations scientifiques de prestataires de soins :**
 - **Organiser des formations et des formations complémentaires sur le thème du dépistage et des interventions brèves en cas de consommation problématique d'alcool.**
 - **Diffuser à grande échelle les informations relatives aux normes, définitions et conséquences de la consommation problématique d'alcool ainsi que les recommandations de pratique clinique disponibles à ce sujet.**
 - **Intégrer le dépistage de la consommation problématique d'alcool dans un maximum de protocoles de traitement.**
 - **Échanger avec d'autres associations de prestataires de soins et avec les associations de patients au sujet de la meilleure façon de collaborer.**
- **À l'attention des médecins généralistes (et des autres prestataires de soins, le cas échéant) :**
 - **Disposer dans toutes les salles d'attente des brochures d'information sur les conséquences de la consommation d'alcool et sur les possibilités d'aide.**
 - **Dépister régulièrement la consommation problématique d'alcool.**
 - **Approcher avec empathie et sans les juger les patients qui présentent une consommation problématique d'alcool. Aborder et traiter d'abord les troubles pour lesquels le patient consulte avant d'évoquer la consommation problématique d'alcool.**



- **À l'attention des organisations de prévention et de soutien en cas d'usage problématique de substances**
 - Développer et promouvoir des sites internet qui proposent des informations sur les risques de la consommation d'alcool ainsi que sur les traitements possibles et qui soutiennent les personnes présentant une consommation problématique d'alcool.
- **Priorités des études ultérieures :**
 - Quelles sont les interventions efficaces afin de réduire le *treatment gap* pour les personnes qui présentent une consommation problématique d'alcool très sévère et une dépendance à l'alcool ?
 - Quelles sont les interventions qui permettent d'atténuer la stigmatisation ?



■ RÉFÉRENCES

1. Gisle L, Demarest S. Gezondheidsenquête 2013. Rapport 2: gezondheidsgedrag en leefstijl samenvatting van de onderzoeksresultaten. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid; 2014.
2. Hoeck S, Van Hal G. Unhealthy drinking in the Belgian elderly population: prevalence and associated characteristics. *Eur J Public Health*. 2013;23(6):1069-75.
3. Michels J, Hoeck S, Dom G, Goossens M, Van Hal G, Van Royen P. Problematisch alcoholgebruik: aanpak door de huisarts. *Huisarts Nu*. 2011(40):S137-S60.
4. National Institute for Health and Care Excellence. Alcohol-use disorders : diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence NHS, editor. London National Institute for Health and Clinical Excellence 2011.
5. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004(420):47-54.
6. Drummond C, Wolstenholme A, Deluca P, Davey Z, Donoghue K, Elzerbi C, et al. Alcohol interventions and treatments in Europe. In: Anderson P, Braddick F, Reynolds J, Gual A, editors. *Alcohol Policy in Europe: Evidence from AMPHORA*. 2nd ed: The AMPHORA Project; 2013. p. 72-101.
7. Bruffaerts R, Bonnewyn A, Demyttenaere K. Delays in seeking treatment for mental disorders in the Belgian general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007;42(11):937-44.
8. Tuithof M, Ten Have M, Van den Brink W, Vollebergh W, De Graaf R. Treatment seeking for alcohol use disorders: treatment gap or adequate self-selection? In: *Drinking Distilled. Onset, course and treatment of alcohol use disorders in the general population*. Amsterdam: Amsterdam University; 2015. p. 95-112.
9. Vanmeerbeek M, Mairiaux P, Lemaître A, Ansseau M, Ketterer F, Pirenne D, et al. "Up To Date". Use of psychoactive substances in adults: Prevention and Treatment by general practitioners and Occupational physicians; DATa retriEval. Brussel: Belspo; 2015.



10. Carballo JL, Fernandez-Hermida JR, Secades-Villa R, Carter Sobell L, Dum M, Garcia-Rodriguez O. Natural recovery from alcohol and drug problems: A methodological review of the literature from 1999 through 2005. In: Promoting self-change from addictive behaviors: Springer US; 2007. p. 87-101.
11. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Chou PS, Huang B, Ruan WJ. Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002. *Addiction*. 2005;100(3):281-92.
12. Dearing RL, Witkiewitz K, Connors GJ, Walitzer KS. Prospective changes in alcohol use among hazardous drinkers in the absence of treatment. *Psychol Addict Behav*. 2013;27(1):52-61.
13. Sobell LC, Cunningham JA, Sobell MB. Recovery from alcohol problems with and without treatment: prevalence in two population surveys. *Am J Public Health*. 1996;86(7):966-72.
14. Sobell LC, Ellingstad TP, Sobell MB. Natural recovery from alcohol and drug problems: methodological review of the research with suggestions for future directions. *Addiction*. 2000;95(5):749-64.
15. Witkiewitz K, Dearing RL, Maisto SA. Alcohol use trajectories among non-treatment-seeking heavy drinkers. *J Stud Alcohol Drugs*. 2014;75(3):415-22.
16. Rehm J, Shield KD, Gmel G, Rehm MX, Frick U. Modeling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2013;23(2):89-97.
17. Mistiaen P, Kohn L, Mambourg F, Ketterer F, Tiedtke C, Lambrechts MC, et al. Reduction of the treatment gap for problematic alcohol use in Belgium. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2015.
18. World Health Organization. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: WHO Press; 2010.
19. WHO Regional Office for Europe. European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020. Copenhagen: World Health Organization; 2012.
20. Anderson P, Scafato E, Galluzzo L, Group VpW. Alcohol and older people from a public health perspective. *Ann Ist Super Sanita*. 2012;48(3):232-47.
21. Gaume J. What do we know about mechanisms of action of brief alcohol interventions? *Alcoholism & Drug Addiction*. 2014;27(suppl 1):20-1.
22. Jackson R, Johnson M, Campbell F, Messina J, Guillaume L, Meier P, et al. Screening and Brief Interventions for Prevention and Early Identification of Alcohol Use Disorders in Adults and Young People. NICE Centre for Public Health Excellence; 2010.
23. Jonas DE, Garbutt JC, Brown JM, Amick HR, Brownley KA, Council CL, et al. Screening, Behavioral Counseling, and Referral in Primary Care to Reduce Alcohol Misuse. In: Screening, Behavioral Counseling, and Referral in Primary Care To Reduce Alcohol Misuse. Rockville (MD); 2012. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22876371>
24. O'Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D, Schulte B, Schmidt C, Reimer J, et al. The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol Alcohol*. 2014;49(1):66-78.
25. O'Donnell A, Wallace P, Kaner E. From efficacy to effectiveness and beyond: what next for brief interventions in primary care? *Frontiers in Psychiatry*. 2014;5(113).
26. Saitz R. Alcohol screening and brief intervention in primary care: Absence of evidence for efficacy in people with dependence or very heavy drinking. *Drug Alcohol Rev*. 2010;29(6):631-40.
27. Saitz R. Brief intervention for unhealthy alcohol use. In: Saitz R, editor. Addressing unhealthy alcohol use in primary care: Springer; 2013. p. 41-8.
28. Funk M, Wutzke S, Kaner E, Anderson P, Pas L, McCormick R, et al. A multicountry controlled trial of strategies to promote dissemination and implementation of brief alcohol intervention in primary health care: findings of a World Health Organization collaborative study. *J Stud Alcohol*. 2005;66(3):379-88.



29. Keurhorst M, van de Glind I, do Amaral-Sabadini MB, Anderson P, Kaner E, Newbury-Birch D, et al. Implementation strategies to enhance management of heavy alcohol consumption in primary health care: a meta-analysis. *Addiction*. 2015;110(12):1877-900.



COLOPHON

Titre :	Comment favoriser le recours à l'aide en cas de consommation problématique d'alcool ? – Synthèse
Auteurs :	Patriek Mistiaen (KCE), Laurence Kohn (KCE), Françoise Mambourg (KCE), Frédéric Ketterer (University of Liege, Department of General Practice/Family Medicine), Corine Tiedtke (KU Leuven, Department of Public Health and Primary Care, Centre for Environment & Health), Marie-Claire Lambrechts (KU Leuven, Department of Public Health and Primary Care, Centre for Environment & Health), Lode Godderis (KU Leuven, Department of Public Health and Primary Care, Centre for Environment & Health), Marc Vanmeerbeek (University of Liege, Department of General Practice/Family Medicine), Marijke Eyssen (KCE), Dominique Paulus (KCE)
Rédaction synthèse:	Gudrun Briat (KCE)
Relecture :	Nadia Benahmed (KCE), Leen Verleye (KCE)
Experts externes / Stakeholders :	Piet Bracke (Universiteit Gent), Paul Ceelen (Anonieme Alcoholisten Vlaanderen), Véronique Crutzen (SPF Emploi, Travail et Concertation sociale - FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg), Hilde De Man (Externe dienst voor preventie en bescherming op het werk), Philippe de Timary (Université catholique de Louvain), Griet Dereymaeker (Vereniging Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg Antwerpen), Dominique Dethier (INAMI - RIZIV), Carine Devos (CHU St Pierre), Maud Devroey (Infor-Drogues), Geert Dom (Universiteit Antwerpen), Kurt Doms (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu – SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement), Bernard Dor (Société Scientifique de Médecine Générale), Raymond Gueibe (Clinique St-Pierre Ottignies), Frédéric Gustin (Réseau Liégeois d'aide et de soins spécialisés en Assuétudes), Catherine Hanak (CHU Brugmann), Denis Hers (Université catholique de Louvain, Clinique St Michel), Michel Lambrechts (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu – SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement), Dominique Lamy (Société Scientifique de Médecine Générale), Luc Lasser (CHU Brugmann), Valérie Libotte (Centre de services interentreprises), Frédéric Loboz (CHU St-Pierre), Johan Luyckfasseel (Anonieme Alcoholisten Vlaanderen), Jurgen Magerman (Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg), Vladimir Martens (Cabinet de la Ministre Cécile Jodogne, Fédération Wallonie-Bruxelles), Cathy Matheï (KU Leuven, Academic Center for General Practice), Frieda Matthys (Vrije Universiteit Brussel), Aziz Naji (BELSPO), Thomas Orban (Société Scientifique de Médecine Générale), Bart Rens (AZ Sint-Maarten), Vincent Seutin (Université de Liège), Caroline Theisen (SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement - FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu), Jo Thienpont (Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra Verslaafdenzorg), Jacques Van Damme (ADHESIA), Peter Vanslebrouck (Mediwet), Peter Verduyck (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn), Jan Verfaillie (Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg), Marthe Verjans (Externe dienst voor preventie en bescherming op het werk), Rita Verrando (Domus Medica), Geert Verstuyf (Vereniging voor alcohol- en andere drugproblemen), Alexander Witpas (Agentschap Zorg en Gezondheid), Nathalie Zigrand (CHU St-Pierre).



Validateurs externes :	Guido Van Hal (Universiteit Antwerpen), Paul Verbanck (CHU Brugmann), Nick Heather (Northumbria University)
Remerciements :	Nous remercions tous les patients et les professionnels qui ont participé à l'étude qualitative et à l'enquête Delphi ainsi que les bibliothécaires des bibliothèques spécialisées Caroline Godet (Infor-Drogues) et Marc Wauters (Vereniging voor alcohol- en andere drugproblemen).
Autres intérêts déclarés :	Tous les experts et stakeholders consultés pour ce rapport ont été sélectionnés en raison de leur implication dans le domaine de la consommation problématique d'alcool. A ce titre, il est possible que chacun d'eux présente, jusqu'à un certain point, un inévitable conflit d'intérêt.
Layout :	Ine Verhulst

Disclaimer :

- **Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.**
- **Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.**
- **Enfin, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration (voir <http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise>).**
- **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**

Date de publication :	4 janvier 2016
Domaine :	Health Services Research (HSR)
MeSH :	Alcohol Drinking, Alcoholism, Alcohol-Related Disorders, Counseling, Early Medical Intervention, Primary Health Care
Classification NLM :	Alcoholism WM 274
Langue :	Français
Format :	Adobe® PDF™ (A4)
Dépot légal :	D/2015/10.273/114
ISSN :	2466-6440



Copyright :

Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »
<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-rapports-kce>.



Comment citer ce rapport ?

Mistiaen P, Kohn L, Mambourg F, Ketterer F, Tiedtke C, Lambrechts MC, Godderis L, Vanmeerbeek M, Eysen M, Paulus D. Comment favoriser le recours à l'aide en cas de consommation problématique d'alcool ? – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2015. KCE Reports 258Bs. D/2015/10.273/114.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.