

[Le document qui suit est une traduction préparée par Alco-Rétab.](#)

Note : Les numéros <sup>000</sup> renvoient aux notes bibliographiques qui figurent à la fin du texte.

Note linguistique : Dans son rapport original, le Surgeon General utilise l'expression **Alcohol Use Disorder (AUD)**. Nous traduisons cette expression par **Troubles de la consommation d'alcool (TCA)**.

## **CHAPITRE 6 - SYSTÈMES DE SOINS DE SANTÉ ET TROUBLES DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE SUBSTANCES**

### ***Section – Les services de traitement des TCA et des TCS sont traditionnellement séparés des soins de santé mentale et des soins de santé généraux - Pages 6-5 et 6.6***

La séparation des systèmes de traitement des TCA et TCS, des maladies mentales et des soins de santé généraux a des racines historiques.<sup>8,9,10</sup> Par exemple, les Alcooliques anonymes (AA) ont été fondés en 1935 en partie parce que les principaux fournisseurs de soins psychiatriques et de médecine générale ne s'occupaient pas des TCA. Quand il y avait traitement, l'alcoolisme était le plus souvent soigné dans des asiles, séparés du reste des soins de santé. La séparation des traitements des TCA et des soins de santé en général a également été influencée par les tendances sociales et politiques des années 1970.

A cette époque, le mésusage des substances et la dépendance étaient généralement considérées comme des problèmes sociaux mieux traités par des interventions de la justice civile et pénale, telles que l'internement involontaire dans des hôpitaux psychiatriques, sur des « narcotic farms » gérées par des prisons ou d'autres formes de détention.<sup>11</sup> Cependant, lorsque de nombreux étudiants et des anciens combattants de la guerre du Viet Nam rentrant chez eux abusaient de l'alcool, de la drogue et / ou devenaient dépendants de substances illicites, les nombreuses arrestations et autres formes de punition devenaient impossibles à maintenir sur le plan politique et économique. À cette époque, il y a eu un effort important visant à étendre considérablement les services de prévention et les services de traitement des TCA.

Malgré les besoins impérieux de services de traitement au niveau national, le système de santé existant n'avait pas été formé et n'avait pas particulièrement envie de prendre en charge les patients souffrant de TCA. Pour ces raisons, de nouveaux programmes de traitement des TCA ont été créés, et se sont finalement étendus à plus de 14 000 sites à travers les États-Unis. Cela signifiait qu'à l'exception de la gestion du sevrage dans les hôpitaux (désintoxication), pratiquement tous les traitements des TCA étaient dispensés par des programmes distincts des soins de santé sur les plans géographique, financier, culturel et organisationnel.

Bien que ces programmes fussent séparés du reste des soins de santé, ces nouveaux sites de prestation des soins constituaient une étape cruciale pour mieux traiter les problèmes croissants liés au mésusage et aux TCA. Une conséquence positive a été le développement initial de stratégies de changement de comportement, efficaces et peu coûteuses et rarement utilisées dans le traitement d'autres maladies chroniques. Cependant, la séparation du traitement des TCA des soins de santé généraux a également créé des obstacles non intentionnels et persistants à la qualité et à la gamme d'options de soins offertes aux patients dans les deux systèmes. Par exemple, cela tend à renforcer l'idée que les TCA sont différents des autres problèmes de santé. Malgré de nombreuses études qui documentent des taux de prévalence élevés de TCA chez les patients des services d'urgence, des hôpitaux et des établissements de soins médicaux généraux, les soins de santé traditionnels ne reconnaissaient généralement pas ces TCA et ne réglaient pas les problèmes de santé liés à ceux-ci.<sup>8,12,13,14,15</sup>

La séparation continue des services de TCA et des soins de santé généraux a été coûteuse, souvent néfaste et même fatale pour certaines personnes. Une étude récente sur la situation mondiale de la santé a montré que la présence d'un TCA doublait souvent le risque qu'une personne contracte une autre maladie chronique et coûteuse, telle que l'arthrite, la douleur chronique, les maladies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, l'hypertension, le diabète ou l'asthme.<sup>16</sup> Pourtant, malgré l'impact de la consommation de substances sur la santé physique, peu d'écoles de médecine, d'infirmières, de dentisterie ou de pharmacie enseignent à leurs étudiants comment identifier, prévenir et traiter les TCA;<sup>17,18,19</sup> et, jusqu'à récemment, peu d'assureurs offraient un remboursement comparable pour les services de traitement des TCA.<sup>20,21,22,23</sup>

Même à l'heure actuelle, certains professionnels de la santé hésitent encore à proposer à leurs patients un traitement sous assistance de médicament, en particulier des médicaments d'entretien (méthadone et buprénorphine) pour les troubles liés à la prise d'opioïdes, en raison d'idées fausses profondément ancrées mais erronées sur ces traitements, telles que l'idée qu'ils ne feraient ainsi que « substituer une dépendance à une autre ».<sup>24</sup> Cela a empêché l'adoption de ces médicaments efficaces, même dans les établissements de traitement des TCA; et lorsqu'ils sont utilisés par des fournisseurs de traitement des TCA, ils sont souvent prescrits à des doses insuffisantes et/ou pour une durée insuffisante, contribuant ainsi à l'échec du traitement et renforçant la conviction qu'ils ne sont pas efficaces.<sup>25,26</sup> En fait, de nombreuses recherches montrent que, s'ils sont utilisés correctement, les traitements sous assistance de médicament peuvent réduire ou éliminer l'usage de drogues illicites et la criminalité associée ainsi que la transmission de maladies infectieuses et rétablir ainsi le bon fonctionnement de la santé des patients.<sup>25,27,28</sup>

## Références:

### Chapitre 6

8. Baumohl, J., & Room, R. (1987). *Inebriety, doctors and the state: Alcoholism treatment institutions before 1940*. In M. Galanter (Ed.), *Recent Developments in Alcoholism* (Vol. 5, pp. 135- 174). New York, NY: Plenum.
9. Baumohl, J., & Jaffe, J. H. (2001). Treatment, history of, in the United States. In R. Carson Dewitt (Ed.), *Encyclopedia of Drugs, Alcohol, and Addictive Behavior*. (2nd ed.). New York, NY: The Gale Group.
10. Weisner, C., & Morgan, P. (1992). Rapid growth and bifurcation: Public and private alcohol treatment in the United States. *Cure, care or Control: Alcoholism treatment in sixteen countries*, 223- 251.
11. White, W. L. (1998). *Slaying the dragon: The history of addiction treatment and recovery in America*. Bloomington, IL: Chestnut Health Systems/Lighthouse Institute.
12. McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*, 284(13), 1689-1695. **McLellan 2000**
13. Soderstrom, C. A., Smith, G. S., Dischinger, P. C., McDuff, D. R., Hebel, J. R., Gorelick, D. A., . . . Read, K. M. (1997). Psychoactive substance use disorders among seriously injured trauma center patients. *JAMA*, 277(22), 1769-1774.
14. Wu, L.-T., Swartz, M. S., Wu, Z., Mannelli, P., Yang, C., & Blazer, D. G. (2012). Alcohol and drug use disorders among adults in emergency department settings in the United States. *Annals of Emergency Medicine*, 60(2), 172-180. e175.
15. Brown, R. L., Leonard, T., Saunders, L. A., & Papanicolaou, O. (1998). The prevalence and detection of substance use disorders among inpatients ages 18 to 49: An opportunity for prevention. *Preventive Medicine*, 27(1), 101-110.
16. Scott, K. M., Lim, C., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., . . . de Jonge, P. (2016). Association of mental disorders with subsequent chronic physical conditions: World mental health surveys from 17 countries. *JAMA Psychiatry*, 73(2), 150-158.
17. Parish, C. L., Pereyra, M. R., Pollack, H. A., Cardenas, G., Castellon, P. C., Abel, S. N., . . . Metsch, L. R. (2015). Screening for substance misuse in the dental care setting: Findings from a nationally representative survey of dentists. *Addiction*, 110(9), 1516-1523.

- [18. Denisco, R. C., Kenna, G. A., O'Neil, M. G., Kulich, R. J., Moore, P. A., Kane, W. T., . . . Katz, N. P. \(2011\). Prevention of prescription opioid abuse: The role of the dentist. The Journal of the American Dental Association, 142\(7\), 800-810.](#)
- [19. Krause, M., Vainio, L., Zwetchkenbaum, S., & Inglehart, M. R. \(2010\). Dental education about patients with special needs: A survey of US and Canadian dental schools. Journal of Dental Education, 74\(11\), 1179-1189.](#)
- [20. O'Connor, P. G., Nyquist, J. G., & McLellan, A. T. \(2011\). Integrating addiction medicine into graduate medical education in primary care: The time has come. Annals of Internal Medicine, 154\(1\), 56-59.](#)
- [21. McLellan, A. T., & Meyers, K. \(2004\). Contemporary addiction treatment: A review of systems problems for adults and adolescents. Biological Psychiatry, 56\(10\), 764-770.](#)
- [22. Miller, N. S., Sheppard, L. M., Colenda, C. C., & Magen, J. \(2001\). Why physicians are unprepared to treat patients who have alcohol-and drug-related disorders. Academic Medicine, 76\(5\), 410-418.](#)
- [23. D'Amico, E. J., Paddock, S. M., Burnam, A., & Kung, F.-Y. \(2005\). Identification of and guidance for problem drinking by general medical providers: Results from a national survey. Medical Care, 43\(3\), 229-236.](#)
- [24. Knudsen, H. K., Abraham, A. J., & Oser, C. B. \(2011\). Barriers to the implementation of medication-assisted treatment for substance use disorders: the importance of funding policies and medical infrastructure. Eval Program Plann, 34\(4\), 375-381.](#)
- [25. Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J., & Davoli, M. \(2014\). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2.](#)
- [26. MacDonald, K., Lamb, K., Thomas, M. L., & Khentigan, W. \(2016\). Buprenorphine maintenance treatment of opiate dependence: Correlations between prescriber beliefs and practices. Substance Use & Misuse, 51\(1\), 85-90.](#)
- [27. Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J., & Davoli, M. \(2009\). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. Cochrane Database Syst Rev \(3\), Cd002209.](#)
- [28. Nunes, E. V., Krupitsky, E., Ling, W., Zummo, J., Memisoglu, A., Silverman, B. L., & Gastfriend, D. R. \(2015\). Treating opioid dependence with injectable extended-release naltrexone \(XRNTX\): Who will respond? Journal of Addiction Medicine, 9\(3\), 238-243.](#)