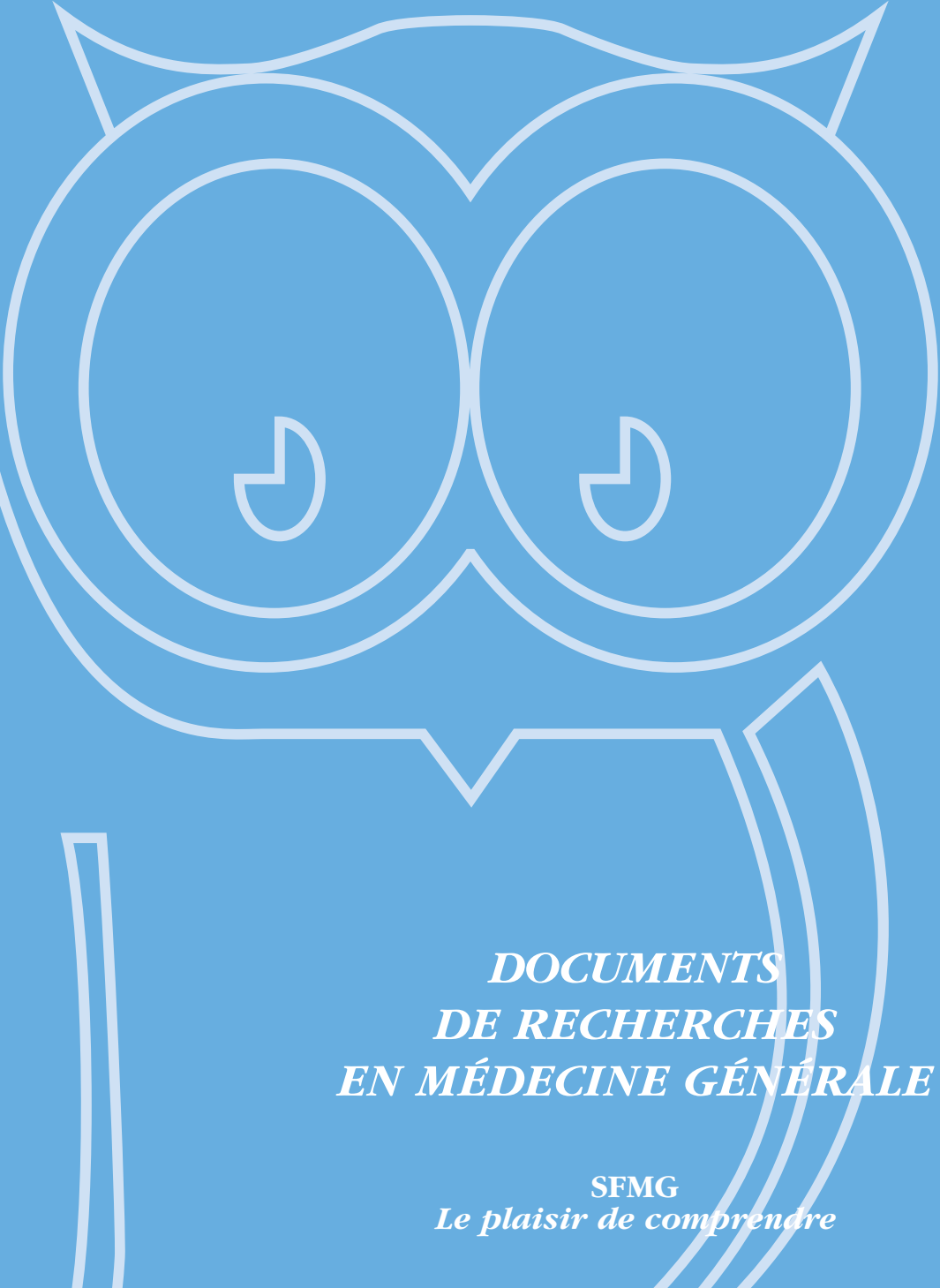


Société Française de Médecine Générale

N° 60
Mars 2005



*DOCUMENTS
DE RECHERCHES
EN MÉDECINE GÉNÉRALE*

SFMG
Le plaisir de comprendre

TABLE DES MATIÈRES

Fréquence et nature de la poly-médication chez la personne âgée en médecine générale	3
Qualité du suivi des patients diabétiques de type 2 en médecine générale grâce à l'hémoglobine glycosylée en France en 1999	33
Prévention, dépistage et prise en charge précoce du problème d'alcool en médecine générale : essai d'analyse d'un déni collectif	41



sanofi aventis

L'essentiel c'est la santé.

Directeur de Publication : Francis RAINERI
Rédacteur en chef : Didier DUHOT
Comité de rédaction : Pascal CLERC, Didier DUHOT, Rémy DURAND, Elisabeth
GRIOT, Luc MARTINEZ
Relecture du document : Rosemonde MOHN, Catherine MARTIN

Mise en page : Micro Paddy (Courriel : macpaddy@free.fr) / Impression : Pralon Graphic
N° ISSN0767-1407 • Dépôt légal : mars 2005

FRÉQUENCE ET NATURE DE LA POLY-MÉDICATION CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Joël Vionnet-Fuasset

INTRODUCTION

La lecture de la presse grand public pose fréquemment le problème des soins aux personnes âgées, avec des contradictions: le patient âgé prend trop de médicaments ce qui entraîne de grands risques iatrogènes; toutes les pathologies de la personne âgée ne sont pas bien traitées (Alzheimer, Accidents Vasculaires Cérébraux); les médicaments sont aujourd'hui commercialisés par les laboratoires et autorisés par les tutelles sans avoir été étudiés chez les personnes âgées.

Avec les traitements qui coûtent de plus en plus cher, les dépenses pharmaceutiques des personnes âgées ne feront que s'amplifier; par exemple, le traitement de la maladie d'Alzheimer pourrait passer progressivement de 110 millions d'euros en 2002 à 1 milliard d'euros (1).

Les connaissances pharmacologiques actuelles ne permettent pas de prévoir les interactions, donc les dangers, qui résultent de la juxtaposition de plus de 4 médicaments actifs (2).

Les Entreprises du Médicament (3) se mobilisent pour toucher 450 000 professionnels de santé en France pour limiter les effets indésirables des médicaments chez les personnes âgées, par une campagne d'information.

Fin 2003, il y avait en France métropolitaine 7 219 917 personnes âgées d'au moins 70 ans, soit 12,1 % de la population (4), avec une prévision de 19,3 % en 2020 (5).

10 % des plus de 69 ans sont responsables de 19 % des dépenses des médicaments et 43 % des dépenses ambulatoires (6).

5 à 10 % des hospitalisations des personnes âgées de plus de 65 ans ont une cause iatrogène, et 20 % pour les plus de 80 ans (7).

La dépense pharmaceutique annuelle moyenne d'une personne de plus de 69 ans était, en 2002, de 900 euros (8).

Les personnes âgées de plus de 65 ans consomment 35 % des médicaments utilisés dans notre pays (8).

Tous ces chiffres et affirmations posent l'ampleur du problème de la poly-médication de la personne âgée: problème individuel avec les risques sur l'état de santé de chaque patient mais aussi problème de santé publique avec la charge financière que cela entraîne et les décisions de campagnes de prévention.

Le gouvernement s'est fixé comme objectif à 5 ans de réduire de 30 % les prescriptions inappropriées, et d'un tiers l'incidence des événements iatrogènes graves évitables (9).

Mon activité de médecin généraliste depuis vingt-six ans en zone semi rurale, à forte densité en personnes âgées, m'a souvent mis face à des ordonnances (les miennes et celles de mes confrères) contenant tant de médicaments que le doute s'installait dans mon esprit quant au bien-fondé et à l'efficacité de telles prescriptions. Mais comment s'y prendre? Quelles questions se poser? Et comment tenter d'y répondre? Une étude sur le terrain, à laquelle j'ai participé, m'a paru une bonne démarche.

L'originalité de cette étude repose sur le fait qu'elle a été réalisée par des médecins généralistes en Ile de France, en temps réel lors de leurs consultations, en relevant toutes les maladies et tous les symptômes, et en notant les prescriptions correspondantes durant une année.

Trois questions méritent d'être posées:

Quelle est la réalité de cette poly-médication?

Quelles sont les maladies les plus fréquentes?

Quelles sont les classes de médicaments les plus souvent concernées?

Evaluer la fréquence et la nature de cette poly-médication chez les patients âgés d'au moins 70 ans en médecine générale représente donc le but de cette étude.

Capacité de gérontologie, année 2004, Université Pierre et Marie Curie.

Coordonateurs: professeur François Piette

Coordonateur adjoint: professeur Joël Belmin

Directeur de mémoire: docteur Philippe Boissnault

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Cette étude a été réalisée grâce à l'Observatoire de la médecine Générale (OMG) mis en place par la Société Française de Médecine Générale (SFMG) en 1994 (10) et dans les suites de l'étude « Observatoire Régional des Personnes Agées » (ORPA) (11 et 12). Ce dispositif a permis la mise en ligne de données épidémiologiques nationale et régionale (13).

Il s'agissait d'une étude rétrospective longitudinale sur l'année 2003 en Ile de France

Les investigateurs étaient tous des médecins généralistes d'Ile de France, volontaires pour cette étude. Certains faisaient partie de l'OMG depuis plusieurs années, d'autres sont entrés dans le réseau à l'occasion de l'étude ORPA. Ils ont tous bénéficié de 3 jours de formation sur l'utilisation du dictionnaire des résultats de consultation (cf. infra), l'utilisation du logiciel et d'Internet. Ils n'étaient pas rémunérés pour leur participation à l'observatoire.

Les patients inclus dans cette étude étaient tous les patients vus en consultation dans l'année 2003 ayant 70 ans et plus au premier janvier 2003, nommées « personnes âgées » dans ce rapport. Pour chaque patient, l'âge et le sexe étaient connus. L'âge a été traduit en 3 classes (70-79, 80-89, 90 et plus).

Les actes analysés étaient toutes les consultations pour lesquelles le médecin relevait au moins un résultat de consultation. Pour chaque acte les variables relevées étaient la date, les résultats de consultation (libellé, le nombre) et les prescriptions réalisées (la classe, le nombre brut et stratifié: 1-4, 5-8, 9 et plus).

Les actes réalisés en visite n'ont pas été retenus car le recueil des données se faisait à posteriori, le logiciel ne permettant pas une saisie en visite, et l'étude ORPA a montré qu'il y avait une grande hétérogénéité entre les médecins sur ce recueil (11).

Les prescriptions ont été analysées à l'aide de la classification internationale EphMRA (14) comprenant trois niveaux dont les deux premiers ont été utilisés dans cette étude (N1 et N2). Les lignes de prescriptions en texte libre ont été codés « Z » par le DIM de la SFMG: elles correspondaient principalement à des conseils d'utilisation des médicaments, à du matériel paramédical (aiguilles, seringues pour diabétiques, etc...) ou plus rarement à des médicaments non répertoriés dans la base.

Le recueil des données a été réalisé grâce à un logiciel de gestion des dossiers médicaux (Easyprat ©) structuré pour permettre l'exportation simple des données notées par le médecin lors des consultations, en temps réel et en continu. Les données ont été d'abord recueillies pour permettre les soins aux patients (recueils sémiologiques, diagnostics et décisions). Et c'était ce contenu qui a alimenté la base de données Diogène de la SFMG (15).

L'outil de recueil des diagnostics était le dictionnaire des résultats de consultation en médecine générale (DRC-MG) qui a été écrit et publié par la SFMG. Ce dictionnaire était composé de 270 termes appelés résultats de consultation (RC) qui décrivaient les situations les plus fréquentes rencontrées en médecine générale (16). La SFMG s'était inspirée des travaux d'un médecin généraliste autrichien, RN BRAUN, qui a posé les bases d'une théorie professionnelle modélisant l'exercice de la médecine générale (17).

Le résultat de consultation était l'expression de la synthèse faite par le médecin généraliste, lors d'une consultation, avant de prendre ses décisions. C'était un élément de certitude dans la consultation, déterminé par le médecin après avoir entendu les motifs du patient, éliminé par l'interrogatoire et l'examen les risques graves évitables et les diagnostics différentiels. Ce pouvait être un symptôme, un syndrome, un tableau de maladie ou un diagnostic certifié. Ce n'était ni un motif de consultation, ni une hypothèse diagnostique. (Exemple de résultat de consultation en annexe 1). Les prescriptions ont été recueillies à partir d'une base de données médicamenteuse normalisée propre au logiciel.

Les données ont été extraites au premier trimestre 2004 et intégrées à la base de donnée Diogène. Elles ont été validées avant d'être analysées pour cette étude par le département d'Information médicale (DIM) de la SFMG. La base de données était sous le logiciel Oracle. Les analyses ont été réalisées à partir des logiciels Discoverer, Access et Excel.

RÉSULTATS

LES MÉDECINS

29 médecins ont participé à cette étude.

Caractéristiques des médecins investigateurs

25 hommes (86.2 %) et 4 femmes (13.8 %) ont participé au recueil des données (sexe ratio de 5.25). L'âge et l'ancienneté d'installation ont été décrits dans les tableaux ci-dessous.

21 exerçaient en groupe, soit près de trois quarts, et 8 individuellement.

26 médecins exerçaient en secteur urbain (89.7 %), 3 en milieu semi rural (10.3 %), aucun en milieu rural.

Age	Nombre de médecins	%
< 35 ans	1	3.5
36 à 45 ans	7	24.1
46 à 55 ans	14	48.3
> 55 ans	7	24.1
Total	29	100

Tableau 1: Age des investigateurs

Ancienneté	Nombre de médecins	%
< 5 ans	2	6.9
5 à 10 ans	4	13.8
11 à 20 ans	11	37.9
> 20 ans	12	41.4
Total	29	100

Tableau 2: Ancienneté d'installation des investisseurs

Activité des médecins investigateurs en 2003

Les 29 médecins ont effectué 116 576 actes en 2003, dont 110 982 consultations soit 95,2 % des actes. La moyenne par médecin était de 3 827 consultations (minimum: 645; maximum: 7 087; écart type 1 459).

2 654 personnes âgées de 70 ans et plus, vues au moins une fois en consultation, ont bénéficié de 13 310 consultations et 2 245 visites, soit 5.9 actes par an et patient. 85.6 % des actes ont été réalisés en consultation pour les personnes âgées.

La moyenne par médecin était de 459 consultations (minimum: 46; maximum: 1 139; écart type 289). La proportion de personnes âgées pour chaque médecin était comprise entre 1,3 % et 30,9 % pour une moyenne de 13,5 % (écart type 8,3).

Le nombre des consultations pour les personnes âgées durant lesquelles au moins un résultat de consultation a été relevé était de 10 821 (soit 81,5 %).

La moyenne du nombre des personnes âgées dans la clientèle des médecins exerçant en zone semi rurale était de 147, celle en milieu urbain de 85.

Notre travail a consisté à étudier ces 10 821 consultations ayant concerné les 2 654 personnes âgées de l'étude, soit 91,5 patients par médecin en moyenne (minimum: 13; maximum: 229).

LES PATIENTS

Les 2 654 patients de notre étude se répartissaient en 1 068 hommes et 1 586 femmes (sexe ratio = 0,67).

1 781 personnes étaient âgées de 70 à 79 ans (67,1 %), 746 de 80 à 89 ans (28,1 %) et 127 plus de 89 ans (4,8 %).

	Hommes		Femmes		Total	
	nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
70-79 ans	762	42,8	1 019	57,2	1 781	100,0
80-89 ans	280	37,5	466	62,5	746	100,0
90 et plus	26	20,5	101	79,5	127	100,0
	1 068	40,2	1 586	59,8	2 654	100,0

Tableau 3: Répartition des patients par sexe et tranches d'âge

LES CONSULTATIONS

Les 10821 consultations de notre étude ont été réparties de la façon suivante : 4233 ont concerné

des hommes et 6588 des femmes (sexe ratio 0,64).

La fréquence annuelle des consultations a été la suivante :

Nombre de consultations	1	2	3	4	5 / 6	7 / 9	10 et +	Total
Nombre	679	394	323	323	445	311	179	2 654
%	25.6	14.8	12.2	12.2	16.8	11.7	6.7	100,0

Tableau 4 : Répartition des patients en fonction du nombre de consultations

La variation du nombre de consultations en fonction de l'âge était la suivante :

Tranche d'âge	Homme	Femme
70 - 79 ans	3,9	4,2
80 - 89 ans	4,2	4,3
90 ans et plus	4,1	2,9

Tableau 5 : Nombre de consultations par tranches d'âge et sexe

LES RÉSULTATS DE CONSULTATIONS

Les médecins ont relevé 33855 résultats de consultation lors des 10821 consultations, soit une moyenne de 3,1 par consultation.

Dans un tiers des consultations, le médecin n'a relevé qu'un résultat de consultation et dans la moitié des cas entre 2 et 5 (tableau 6).

Nombre RC	Nombre d'actes	%
1	3 614	33,4
2	1 878	17,4
3	1 455	13,4
4	1 218	11,3
5	958	8,9
6	645	6,0
7	484	4,5
8	264	2,4
9 et +	305	2,8
Total	10 821	100,0

Tableau 6 : Nombre de consultations en fonction du nombre de résultats de consultation

Les résultats de consultation qui ont été les plus fréquemment rencontrés en nombre de patients étaient les suivants (liste complète en annexe 2) :

Rang	Résultats de consultation	Nombre de patients	%
1	HTA	1 204	45,36
2	VACCINATION	781	29,42
3	HYPERLIPIDÉMIE	645	24,3
4	ARTHROSE	356	13,41
5	EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION	337	12,69
6	ARTHROPATHIE PERIARTHROPATHIE	334	12,58
7	INSOMNIE	281	10,59
8	ANGOR - INSUFFISANCE CORONARIENNE	258	9,72
9	DIABETE DE TYPE 2	257	9,68
10	CONSTIPATION	211	7,95
11	PROSTATE (HYPERTROPHIE)	204	7,69
12	DOULEUR NON CARACTERISTIQUE	203	7,68
13	LOMBALGIE	195	7,38
14	VERTIGE - ETAT VERTIGINEUX	173	6,52
15	OSTEOPOROSE	167	6,29
16	REFLUX-PYROSIS-OESOPHAGITE	158	5,95
17	TOUX	156	5,88
18	FIBRILLATION AURICULAIRE	153	5,76
19	VARICES DES MEMBRES INFERIEURS	145	5,46
20	TROUBLE DU RYTHME (AUTRE)	144	5,43
21	BRONCHITE AIGUË	133	5,01
22	CANCER	129	4,86
23	HYPOTHYROIDIE	127	4,78
24	RHINITE	126	4,75
25	ANXIETE - ANGOISSE	125	4,63

Tableau 7 : Nombre de patients par Résultats de consultations (25 premiers)

Les résultats de consultation qui ont été les plus fréquemment rencontrés en fonction du nombre de consultations étaient les suivants (liste complète en annexe 2):

Rang	Résultats de consultation	Nombre de consultations	%
1	HTA	4 414	40,8
2	HYPERLIPIDÉMIE	2 246	20,8
3	ARTHROSE	1 091	10,1
4	ANGOR - INSUFFISANCE CORONARIENNE	1 028	9,5
5	DIABETE DE TYPE 2	1 008	9,3
6	INSOMNIE	936	8,6
7	ARTHROPATHIE PERIARTHROPATHIE	865	8,0
8	EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION	860	7,9
9	VACCINATION	847	7,8
10	CONSTIPATION	682	6,3
11	PROSTATE (HYPERTROPHIE)	634	5,9
12	FIBRILLATION AURICULAIRE	559	5,2
13	OSTEOPOROSE	521	4,8
14	REFLUX-PYROSIS-OESOPHAGITE	496	4,6
15	TROUBLE DU RYTHME (AUTRE)	455	4,2
16	HYPOTHYROIDIE	448	4,1
17	LOMBALGIE	436	4,0
18	VARICES DES MEMBRES INFERIEURS	433	4,0
19	DOULEUR NON CARACTERISTIQUE	426	3,9
20	JAMBES LOURDES	405	3,7
21	ANXIETE - ANGOISSE	404	3,7
22	CANCER	374	3,5
23	HUMEUR DEPRESSIVE	373	3,4
24	ARTERITE DES MEMBRES INFERIEURS	370	3,4
25	VERTIGE - ETAT VERTIGINEUX	367	3,4

Tableau 8: Nombre de consultations par Résultats de consultation (25 premiers)

Le nombre de personnes âgées ayant été prises en charge pour un ou plusieurs résultats de consultation différents dans l'année était le suivant (tableau 9) :

Nombre RC différents	Nombre de personnes âgées	%
1	469	17,7
2	316	11,9
3	341	12,8
4	319	12,0
5	266	10,0
6	237	8,9
7	174	6,6
8	136	5,2
9 et +	396	14,9
Total	2 654	100,0

Tableau 9 : Nombre de patients en fonction du nombre de RC différents pris en charge dans l'année

Les ordonnances

Pour les 10 821 consultations il y a eu 9 203 ordonnances, soit dans 85,0 % des cas. Le nombre moyen de médicaments était différent selon les tranches d'âge (tableau 11).

Nombre de médicaments	Nombre de consultations	%
0	1 618	15,0
1 - 4	4 100	37,9
5 - 8	3 358	31,0
9 et plus	1 745	16,1
Total	10 821	100,0

Tableau 10 : Nombre de consultations en fonction du nombre de médicaments

Tranches d'âge	Nombre moyen de médicaments		Ecart type	
	Hommes	Femmes	Homme	Femme
70-79 ans	4,6	4,8	3,9	3,7
80-89 ans	4,5	5	3,9	4,1
90 et plus	5,2	5,2	5,9	3,8

Tableau 11 : Nombre moyen de médicaments par tranches d'âge

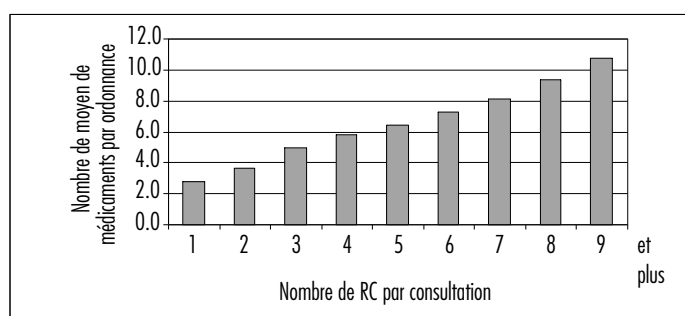


Figure 1 : Nombre moyen de médicaments en fonction du nombre de RC dans la consultation

Les médicaments

51 685 médicaments ont été prescrits lors des 9 203 consultations avec prescriptions, soit une moyenne de 5,6 médicaments; pour les 10 821 consultations avec relevé de résultats de consulta-

tion, la moyenne était de 4,8.

Le nombre de consultations durant lesquelles a été prescrit au moins 1 médicament correspondant à une classe EphMRA de niveau 1 était le suivant (Tableau 12):

Code	Libellé	Nombre de consultations	%
C	Système Cardiovasculaire	6 084	56,2
N	Système Nerveux Central	5 066	46,8
A	Médicaments des Voies Digestives et du Métabolisme	4 269	39,5
Z	Non transcodés	3 157	29,2
M	Système Musculaire et Squelette	2 447	22,6
B	Sang et Organes Hématopoïétiques	2 328	21,5
R	Médicaments du Système Respiratoire	1 960	18,1
G	Système Génito-urinaire et Hormones Sexuelles	1 213	11,2
D	Médicaments Dermatologiques	1 066	9,9
H	Préparations Hormonales Systémiques (hors Hormones Sexuelles)	829	7,7
J	Anti-infectieux Généraux Systémiques	734	6,8
S	Organes des Sens	363	3,4
L	Antinéoplasiques et Immunomodulateurs	175	1,6
V	Divers	86	0,8
T	Produits de Diagnostic	69	0,6
P	Parasitologie	18	0,2
K	Solutions Hospitalières	5	0,0

Tableau 12: Nombre de consultations par classes de médicament (N1)

La même analyse que le tableau précédent, mais avec le niveau 2 de la classification EphMRA a donné le tableau 13.

Rang	Code	Libellé	Nombre de personnes âgées	%
1	N02	Analgésiques	1182	44,5
2	N05	Psycholeptiques	825	31,1
3	C09	Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion (IEC)	746	28,1
4	A02	Antiacides, Anti-flatulents Et Anti-ulcéreux	696	26,2
5	C10	Hypolipidémiants et Médicaments Anti-athéromateux	668	25,2
6	B01	Agents Anti-thrombotiques	634	23,9
7	C03	Diurétiques	518	19,5
8	R05	Médicaments de La Toux et du Rhume	506	19,1
9	C01	Médicaments Cardiaques	503	19,0
10	M01	Anti-inflammatoires et Antirhumatismaux	501	18,9
11	R01	Préparations Nasales	497	18,7
12	C07	Bêta-bloquants	487	18,3
13	C08	Antagonistes Calciques	455	17,1
14	C05	Préparations Antivariqueuses/Antihémorroïdaires	431	16,2
15	M02	Antirhumatismaux Topiques	395	14,9
16	J01	Antibiotiques Systémiques	386	14,5
17	A12	Supplémentation en Eléments Minéraux	355	13,4
18	G04	Médicaments Urologiques	343	12,9
19	A06	Laxatifs	335	12,6
20	A03	Antispasmodiques, Anti-cholinergiques et Médicaments de la Motricité Digestive	323	12,2
21	N06	Psychoanaleptiques, Produits Anti-obésité Exclus	309	11,6
22	C04	Vasodilatateurs Cérébraux et Périphériques	299	11,3
23	A07	Anti-diarrhéiques, Electrolytes Oraux, Anti-inflammatoires Intestinaux	255	9,6
24	D07	Corticostéroïdes à Usage Topique	236	8,9
25	A10	Médicaments du Diabète	234	8,8
26	R06	Antihistaminiques Systémiques	229	8,6
27	H02	Corticostéroïdes à Usage Systémique	225	8,5
28	R03	Broncho-dilatateurs et Antiasthmatiques	225	8,5
29	R02	Préparations pour la Gorge	214	8,1
30	M05	Autres Médicaments des Désordres Musculaires et du Squelette	209	7,9
31	C02	Antihypertenseurs	173	6,5
32	S01	Produits Ophtalmologiques	158	6,0
33	H03	Médicaments de la Thyroïde	150	5,7
34	M04	Antigoutteux	146	5,5
35	M03	Myorelaxants	138	5,2
36	D08	Antiseptiques et Désinfectants	132	5,0

Tableau 13: Nombre de personnes âgées ayant reçu ces classes de médicaments dans l'année

L'importance de chaque classe de médicaments en nombre de lignes, en fonction du nombre de médicaments dans l'ordonnance, était celle donnée dans le tableau 14.

Classe des médicaments (EphMRA niveau 1)	Nombre de médicaments par ordonnance		
	1- 4	5- 8	9 et +
Système Cardiovasculaire	0,60	2,05	3,48
Système Nerveux Central	0,41	1,11	2,00
Médicaments des Voies Digestives et du Métabolisme	0,33	0,84	1,93
Non transcodé	0,31	0,61	1,07
Médicaments du Système Respiratoire	0,28	0,43	0,54
Système Musculaire et Squelette	0,19	0,37	0,66
Sang et Organes Hématopoïétiques	0,10	0,34	0,54
Système Génito-urinaire et Hormones Sexuelles	0,08	0,18	0,34
Médicaments Dermatologiques	0,08	0,14	0,35
Préparations Hormonales Systémiques (Hormones Sexuelles Exclues)	0,05	0,12	0,21
Anti-infectieux Généraux Systémiques	0,10	0,08	0,08
Organes des Sens	0,02	0,04	0,11
Antinéoplasiques et Immunomodulateurs	0,01	0,03	0,03
Divers	0,01	0,01	0,02
Nombre moyen de médicaments par ordonnance	2,6	6,3	11,4

Tableau 14 : Contenu des ordonnances en fonction du nombre de médicaments

DISCUSSION

Il me semble que l'objectif de l'étude qui consistait à analyser la fréquence et la nature de la polymédication chez les personnes âgées de 70 ans et plus a été atteint. En effet, nous avons pu voir que cette poly-médication, que l'on peut arbitrairement considérer à partir de plus de 4 médicaments par ordonnance, existe.

L'âge des médecins, leur ancienneté d'installation est proche de la moyenne nationale (18); les hommes sont par contre nettement plus nombreux que les femmes, ils exercent surtout en zone urbaine, plutôt en groupe. (Tableaux 1 et 2). Le fait que la majorité des médecins investigateurs exercent en zone urbaine permet de voir les personnes âgées surtout en consultation, mais la moyenne par médecin des personnes âgées en zone semi rurale est nettement plus élevée (147 pour 85). Ces différences retrouvées ne me paraissent pas être un biais pour notre étude.

Toutes les personnes âgées de 70 ans et plus vues en 2003 en consultation ont été incluses dans l'étude, ce qui représente un taux exceptionnel d'inclusion. Ceci était obligatoire, puisque le fait de voir un patient en consultation obligeait à ouvrir un dossier à son nom, qui sera systématiquement étudié lors de l'envoi vers la base de données.

La répartition du sexe des patients respecte la moyenne nationale, et le pourcentage de femmes augmente nettement en fonction des tranches d'âge, ce qui est aussi représentatif (18).

Le nombre de 2 654 patients, avec 13 310 consultations réalisées durant une année entière, plus de 80 % de ces consultations documentées, et parmi celles-ci plus de 85 % ayant données lieu à prescription médicamenteuse me paraît représenter un matériel d'étude solide.

Les hommes sont autant consommateurs d'actes médicaux et de médicaments que les femmes, ce que retrouvait une étude réalisée en 1999 sur 272 266 patients (19). 52.6 % des personnes âgées de l'étude ne sont venues qu'un maximum de 3 fois au cabinet dans l'année, par contre 18.4 % y sont venues 7 fois ou plus. La moyenne générale tous âges et sexes confondus est autour de 4 consultations dans l'année: la fréquentation élevée des cabinets médicaux par les personnes

âgées dans cette étude ne touche donc qu'une frange limitée de celle-ci.

54.4 % des patients de cette étude consultent pour un maximum de 4 résultats de consultation différents dans l'année pour un nombre moyen de 3.1 résultats de consultation par consultation (Tableau 9). Ce résultat paraît peu élevé en comparaison d'une étude (8) qui, en 2002, montrait que cette frange de population déclarait en moyenne 7 maladies: il faut rappeler que notre étude consistait à noter uniquement les diagnostics pris en charge lors de la consultation et non l'ensemble de toutes les maladies du consultant. Notre étude a inclus l'ensemble des personnes âgées ayant consulté, et pas seulement les personnes âgées habituellement consultantes du cabinet. Ceci peut expliquer la proportion élevée de personnes âgées ne consultant qu'une fois dans l'année (25 %; Tableau 4): activité de garde ou de permanence des soins (absence d'un confrère).

Le relevé des résultats de consultation montre très nettement que l'hypertension artérielle, les hyperlipidémies, la maladie coronarienne, le diabète de type 2, mais aussi l'arthrose et les maladies péri-articulaires, l'insomnie, la constipation, les séances de vaccinations représentent les questions de santé les souvent rencontrées et responsables des plus nombreuses consultations (Tableau 8). Toutes ces maladies nécessitent une prise en charge car:

- soit elles présentent des risques de complications graves (HTA, diabète)
- soit elles sont handicapantes pour la personne âgée (douleur, ressenti de la constipation, de l'insomnie)

En regardant la fréquence des prescriptions, on note 51 685 médicaments sur les ordonnances lors des 9 203 consultations se terminant avec une prescription pharmaceutique (85 % des consultations), soit près de 5.6 médicaments par ordonnance. Si on regarde pour les 10 821 consultations avec résultats de consultation, la moyenne est de 4.8 et les chiffres rejoignent alors deux études précédentes (8) (20).

47.1 % des ordonnances prescrites contenaient au moins 5 médicaments, soit près de une sur deux, ce qui paraît beaucoup (tableau 10), et corrobore l'étude PAQUID (20). Plus les personnes sont âgées et plus l'ordonnance comporte de médicaments, ce qui va à l'encontre d'une autre étude (19) qui montre l'inverse après 80 ans. Dans notre

étude, l'âge n'intervient pas comme facteur de biais dans la qualité du recueil des données.

Cependant 37.9 % des consultations, se terminant avec une prescription médicamenteuse, ne reçoivent que de 1 à 4 médicaments et 15 % des consultations se terminent sans prescription de médicament (tableau 10).

Dans ces 1 618 consultations qui ne donnent lieu à aucune prescription de médicament (examen clinique de dépistage, conseils, prescription et analyse de d'examen complémentaires, vaccination...), il peut aussi y avoir une prescription sur ordonnance papier qui échappe alors à l'étude. Intervient alors un biais dû à notre méthode de recueil d'information qui ne comptabilise que les ordonnances informatisées. Il faut aussi rappeler que 2 489 consultations n'ont fait l'objet d'aucune information quant à leur contenu diagnostique, soit 18.7 % de l'ensemble des consultations des personnes âgées sur l'année 2003.

Cependant la méthode choisie me semble présenter aussi de nombreux avantages : elle permet de relever les résultats de consultation par ordinateur, directement lors des consultations, par des médecins qui utilisent le même langage (Dictionnaire de Résultats de Consultation) et qui sont aguerris à ce type de travail. Le but premier de l'utilisation de cet outil est la qualité des soins apportés aux patients ; cet élément permet un rendu fiable de la consultation. Ainsi, cette méthode me paraît être particulièrement efficace, et sans doute une de plus performante pour ce type d'étude.

L'examen du tableau 13 montre que les médicaments prescrits au plus grand nombre de personnes âgées sont les analgésiques, les psycholeptiques, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC), les produits à visée gastrique (Inhibiteurs de la pompe à protons : IPP) puis les hypo-lipémifiants (statines) et anti-athéromateux pour ne citer que les 5 plus fréquents. Là encore, les médicaments à visée cardio-vasculaire sont nettement les plus utilisés ; ce tableau me paraît particulièrement intéressant car il montre le nombre de personnes âgées ayant reçu une fois au moins dans l'année cette classe de médicaments.

Notons aussi que 16 % des consultations avec résultats de consultation contiennent 9 médicaments et plus et que même si cela ne touche qu'une frange assez limitée des prescriptions, cela pousse à rechercher la nature de cette poly-médication.

Si on analyse les ordonnances de 5 médicaments et plus, il apparaît que ces ordonnances longues

contiennent pour la moitié des médicaments des systèmes cardio-vasculaire et neuropsychique (3.16 pour une moyenne de 6.3 pour les ordonnances contenant de 5 à 8 lignes, et 5.48 pour celles de 9 lignes et plus dont la moyenne est de 11.40). Les indications cardio-vasculaires représentent à elles seules près du tiers des lignes de prescriptions (Tableau 14).

L'étude de la nature de cette poly-médication, par l'analyse du contenu des consultations, nous permet de faire ressortir des lignes maîtresses. Le tableau 8 nous montre ainsi que les maladies les plus fréquemment responsables de consultations concernent les appareils cardio-vasculaires, le système nerveux central, les pathologies digestives, et le système ostéo-articulaire. Ceci confirme des études précédentes (8) (19).

La figure 1 nous montre que le nombre de médicaments prescrits est proportionnel au nombre de résultats de consultation pris en charge au cours des consultations. Ainsi la poly-médication paraît être directement dépendante du nombre de maladies subies par les personnes âgées.

Notre étude descriptive n'avait pas pour but de rechercher des moyens pour lutter contre cette poly-médication chez les personnes âgées. Cependant, à la lumière des résultats de l'étude, il me paraît néanmoins possible de donner des pistes permettant de limiter cette poly-médication et ses risques en améliorant la qualité de la prescription :

- Réécrire sur chaque ordonnance l'ensemble des médicaments à prendre, même en notant ceux que le pharmacien n'a pas besoin de délivrer, car en quantité suffisante au domicile du patient : noter alors 0 boîte face au médicament sur l'ordonnance. Cette ordonnance doit reprendre l'ensemble des médicaments prescrits pour la personne âgée, y compris celle des confrères spécialistes.
- Ecrire le nom commercial et DCI des médicaments sur les ordonnances, afin d'éviter les confusions.
- Rechercher des alternatives aux prescriptions médicamenteuses (conseils hygiéno-diététiques)
- Eduquer les personnes âgées sur l'utilisation des médicaments et des risques de l'automédication (voir l'efficacité de la campagne sur la consommation des antibiotiques).
- Augmenter les études sur la biodisponibilité des médicaments et leurs associations chez les patients âgés de plus de 70 ans

- Modifier la présentation des boîtes et noms de médicaments (multiples pour un même médicament parfois ; problème des génériques)
- Adapter les présentations des médicaments en fonction de la durée des traitements, afin d'éviter les restants de boîtes, inutilisés mais réutilisables, pas toujours à bon escient.
- Généraliser l'utilisation du pilulier hebdomadaire ou journalier.
- Utilisation d'un carnet de santé correctement rempli par tous les médecins suivants le patient et mis à jour régulièrement par le médecin traitant.
- Ne jamais hésiter à prendre contact téléphoniquement avec les intervenants : infirmière, pharmacien, aide à domicile, famille, voisins, famille, organismes divers, pour bien se faire comprendre.
- Systématiser les contacts directs hôpital/médecine de ville lors de chaque entrée et sortie afin de préciser le traitement ou ses changements (souvent les mêmes médicaments sont prescrits mais avec des noms différents)
- Fournir les comptes-rendus au patient et prévenir le médecin généraliste le jour de la sortie, afin de revoir rapidement le patient et s'assurer de la compréhension des ordonnances
- Améliorer la formation médicale concernant la prise en charge des personnes âgées, et notamment la thérapeutique.

L'ensemble de ces mesures, qui pourrait améliorer l'efficacité des traitements et en diminuer les

risques, ne répond pas à deux questions difficiles qui m'interpellent dans ma pratique quotidienne :

- Faut-il tout traiter, tout le temps et jusqu'à quand ?
- Quand arrêter un traitement

CONCLUSION

Le but de ce mémoire était de décrire la polymédication chez les personnes âgées, car celle-ci pose de nombreux problèmes de santé publique.

Une étude en médecine générale, examinant le contenu de toutes les consultations (maladies et prescriptions), chez 2654 personnes âgées d'au moins 70 ans ayant consulté plus de 13 000 fois en 2003, a essayé d'apporter un éclairage nouveau sur ce sujet.

Ce travail permet de confirmer la poly-médication de certaines personnes âgées. C'est l'accumulation de maladies à risque de complications secondaires ou handicapante qui en est la cause principale.

Il paraît nécessaire que le médecin traitant tienne le rôle de centralisateur des soins et conseille la personne âgée. Il faut renforcer la communication entre le médecin traitant et tous les intervenants auprès des personnes âgées.

Au médecin traitant de se former régulièrement afin de pouvoir tenir ce rôle efficacement, et maîtriser ainsi la poly-médication de la personne âgée.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) Rapport de la Cour des Comptes 2003.
- 2) Les médicaments. 3^e édition. Allain P.
- 3) LEEM Les entreprises du médicament 10/04.
- 4) INSEE. Statistiques au 01/01/2004.
- 5) INSEE repris et détaillé par CRAMIF DIVISION STATISTIQUE, Les personnes âgées. CRAMIF, n° 3, 2000/06.
- 6) Sermet C, Consommation et prescription de médicaments chez les personnes âgées. Les Cahiers Albert LE GRAND. 1999; n° 140: 4-7.
- 7) Ankri J. Risque iatrogène et population âgée. Actualité et dossier en santé publique. 1999; n° 27: 41-43.
- 8) Sermet C. Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées, un état des lieux. Gérontologie et société. 2002; volume n° 103: 13-26.
- 9) DGS/GTND Mise à jour 27/03/03; 599.
- 10) Clerc P, Boissault P, Kandel O, Candelier D, Leeuws JL, Zilber B, Raineri F. Observatoire de la médecine générale: quels bénéfices pour les médecins? Rev Prat Med Gen. 2004; tome 18, n° 650/651: 569-72.
- 11) Thomas Desessarts Y, Hebbrecht G, Raineri F, Boissault P. Etude de faisabilité d'un recueil de prise en charge des patients âgés de plus de 70 ans par un réseau de médecins généralistes. Communication orale. XVI^e Congrès National EMOI. 2003; Nancy - France.
- 12) Raineri F, Hebbrecht G, Thomas-Desessarts Y, Boissault P. Classification pratique et système d'information. Rev Prat Med Gen. 2004; tome 18, n° 668/669: 1277-80.
- 13) <http://omg.sfm.org>
- 14) <http://www.ephmra.org>
- 15) Clerc P, Boissault P, Hebbrecht G. Développement d'un entrepôt de données en médecine générale. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique. 2003; Volume 51, n° 5.
- 16) Dictionnaire des Résultats de Consultation, révision 2001. Doc Rech Med Gen, 2001; SFMG: Issy les Moulineaux: N° 58.
- 17) Braun RN, Pratique, critique et enseignement de la médecine générale, Paris: Payot 1998.
- 18) CREDES. Logiciel ECO-SANTE.
- 19) De Wazières B, Carol C, Vernaz J, Ledesert B, Le Pape A, Jeandel C, Fourcade J. Analyse de la prescription médicamenteuse chez les plus de 65 ans en Languedoc-Roussillon. Rev Med Interne. 2002; n° 23: 745-750.
- 20) Salles-Montaudon N, Fourrier A, Dartigues J-F, Rainfray M, Emeriau J.-P. Evolution des traitements médicamenteux des personnes âgées vivant à domicile. 2000; Rev Med Interne 21; 664-71.

LISTE DES TABLEAUX

- 1) Age des investigateurs
- 2) Ancienneté d'installation des investisseurs
- 3) Répartition des patients par sexe et tranches d'âge
- 4) Répartition des patients en fonction du nombre de consultations
- 5) Nombre de consultations par tranches d'âge et sexe
- 6) Nombre de consultations en fonction du nombre de résultats de consultation
- 7) Nombre de patients par Résultats de consultations (25 premiers)
- 8) Nombre de consultations par Résultats de consultation (25 premiers)

- 9) Nombre de patients en fonction du nombre de RC différents pris en charge dans l'année
- 10) Nombre de consultations en fonction du nombre de médicaments
- 11) Nombre moyen de médicaments par tranches d'âge
- 12) Nombre de consultations par classes de médicament (N1)
- 13) Nombre de personnes âgées ayant reçu ces classes de médicaments dans l'année
- 14) Contenu des ordonnances en fonction du nombre de médicament

LISTE DES FIGURES

- 1) Nombre moyen de médicaments en fonction du nombre de RC dans la consultation

ANNEXE 1 : EXEMPLE DE RÉSULTAT DE CONSULTATION

DÉPRESSION

DÉFINITION

- +++ DOULEUR MORALE** (perte de l'espoir)
 - ++2 | **auto dévaluation**
 - ++2 | **tristesse**
 - ++2 | **idée(s) suicidaire(s) ou idée(s) récurrente(s) de la mort**
- +++ INHIBITION** (baisse ou diminution)
 - ++2 | **de l'activité physique** (asthénie, sexe, appétit)
 - ++2 | **de l'activité psychique** (parole, mémoire, concentration)
 - ++2 | **des fonctions de relations sociales**
- +++ TROUBLES du SOMMEIL**
 - ++1 | **insomnie**
 - ++1 | **somnolence, hypersomnie**
- +++ ABSENCE de TROUBLES de la PERSONNALITE**
- +++ EVOLUANT depuis 15 JOURS au MOINS**

- + - anxiété
- + - prédominance matinale des symptômes
- + - récursive

RISQUE(S) CRITIQUE(S) ÉVITABLE(S) (RCE)

ADDICTIONS
ANOREXIE MENTALE
DESINSERTION SOCIALE
DYSTHYROIDIE
REACTION IATROGENE
SCHIZOPHRENIE
SUICIDE
TUMEUR CEREBRALE

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C

VOIR AUSSI

ANXIETE - ANGOISSE
ANOREXIE - BOULIMIE
DEMENCE
HUMEUR DEPRESSIVE
INSOMNIE
MEMOIRE (PERTE DE)
NERVOSISME
PROBLEME de COUPLE
PROBLEME FAMILIAL
PROBLEME PROFESSIONNEL
PSYCHIQUE (TROUBLE)
REACTION A SITUATION EPROUVANTE
SEXUELLES (DYSFONCTIONS)
SYNDROME MANIACO DEPRESSIF

En **gras** les critères d'inclusion stricto sensu
En *grisé*, les critères d'inclusion à choix unique ou multiple
En caractère normal les compléments sémiologiques

ARGUMENTAIRE

Dénomination

Il s'agit d'une définition volontairement "fermée", avec l'association de plusieurs critères obligatoires et d'une position diagnostique de tableau de maladie (C) Comme pour la définition HUMEUR DEPRESSIVE l'intrication fréquente d'un certain degré d'angoisse (mais pas d'anxiété qui peut être relevée grâce au complément sémiologique correspondant) amènera, le cas échéant, à relever parallèlement le résultat de consultation ANXIETE - ANGOISSE.

Critères d'inclusion

Le choix des critères résulte d'un compromis entre, d'une part, les données recueillies en temps réel par les médecins du comité de mise à jour et d'autre part, la bibliographie (EMC ; CIM10 ; DSM.IV R).

Pour le critère d'inclusion DOULEUR MORALE, il faut au moins deux des trois ressentiments habituellement reconnus comme étant des conséquences de l'humeur triste : auto dévaluation, tristesse ou idées suicidaires ou récurrentes de la mort.

A noter que les TROUBLES du SOMMEIL peuvent être variés et surtout ne pas se résumer à l'insomnie, mais pouvoir se présenter sous le versant de l'hypersomnie. Pour cette raison ce critère a été retenu comme obligatoire. Deux critères à choix multiples représentant l'inhibition doivent aussi être présents.

Compléments sémiologiques

L'anxiété a volontairement été séparée de l'angoisse qui, si elle existe, impose de la relever simultanément sous ANXIETE - ANGOISSE. En revanche, l'anxiété souvent retrouvée chez les patients déprimés pourra être relevée par ce complément sémiologique.

Voir aussi

Dans HUMEUR DEPRESSIVE, la tristesse est moins intense et elle n'entraîne ni d'auto dévaluation majeure, ni d'idée suicidaire. Les deux définitions sont discriminantes.

Le résultat de consultation ANXIETE - ANGOISSE peut être relevé en parallèle de DEPRESSION si nécessaire.

REACTION A SITUATION EPROUVANTE (en choisissant le critère : manifestations dépressives) sera préférée à DEPRESSION, si un événement déclenchant a clairement été identifié. En revanche au delà de 6 mois d'évolution la REACTION A SITUATION EPROUVANTE pourra être révisée en DEPRESSION.

Position(s) diagnostique(s)

C : C'est un tableau de maladie.

CORRESPONDANCE CIM - 10

F32.9 : Épisode dépressif, sans précision (code par défaut)

F32.1 : Épisode dépressif moyen qui pourrait être le codage par défaut car il correspond à la présence des 3 groupes de critères d'inclusion mais sans idées suicidaires.

F32.2 : Épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques surtout lorsqu'il y a des idées ou des gestes suicidaires.

ANNEXE 2: NOMBRE DE PATIENTS ET NOMBRE DE CONSULTATION PAR RÉSULTAT DE CONSULTATION

Résultat de consultation	Patients			consultations		
	Nombre	%	Rang	Nombre	%	rang
ABCES SUPERFICIEL	11	0.41	154	42	0.39	117
ABDOMEN DOULOUREUX AIGU	7	0.26	188	7	0.06	201
ACCES ET CRISE	14	0.53	137	34	0.31	129
ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL	66	2.49	51	211	1.95	38
ACOUPHENE	47	1.77	62	144	1.33	50
ADENOPATHIE	3	0.11	220	5	0.05	218
ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')	12	0.45	148	22	0.20	155
ALGODYSTROPHIE	3	0.11	220	5	0.05	218
AMAIGRISSEMENT	30	1.13	89	64	0.59	93
ANEMIE (NON FERRIPRIVE)	14	0.53	137	25	0.23	151
ANEMIE FERRIPRIVE - CARENCE EN FER	19	0.72	120	35	0.32	127
ANEVRYSME ARTERIEL	10	0.38	164	28	0.26	145
ANGINE	8	0.30	181	8	0.07	199
ANGOR - INSUFFISANCE CORONARIENNE	258	9.72	8	1028	9.50	4
ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE	80	3.01	46	135	1.25	56
ANOMALIE POSTURALE	7	0.26	188	12	0.11	185
ANOREXIE - BOULIMIE	2	0.08	234	2	0.02	243
ANXIETE - ANGOISSE	125	4.71	25	404	3.73	21
APHTE	4	0.15	206	7	0.06	201
APPETIT (PERTE D')	8	0.30	181	10	0.09	189
ARTERITE DES MEMBRES INFERIEURS	99	3.73	36	370	3.42	24
ARTHROPATHIE PERIARTHROPATHIE	334	12.58	6	865	7.99	7
ARTHROSE	356	13.41	4	1091	10.08	3
ASTHENIE - FATIGUE	107	4.03	33	177	1.64	45
ASTHME	80	3.01	46	253	2.34	33
BACTERIURIE - PYURIE	11	0.41	154	18	0.17	166
BALANO-POSTHITE	6	0.23	194	7	0.06	201
BLESSURES COMBINEES LEGERES	29	1.09	91	45	0.42	114
BLESSURES COMBINEES SEVERES	3	0.11	220	4	0.04	227
BOUFFEE DE CHALEUR	8	0.30	181	20	0.18	162
BRONCHITE AIGUË	133	5.01	21	179	1.65	43
BRONCHITE CHRONIQUE	62	2.34	53	200	1.85	41
CANAL CARPIEN	19	0.72	120	31	0.29	136
CANCER	129	4.86	22	374	3.46	22
CATARACTE	26	0.98	98	68	0.63	84
CEPHALEE	33	1.24	84	66	0.61	92
CERUMEN	32	1.21	85	42	0.39	117
CERVICALGIE	71	2.68	49	140	1.29	52
CHALAZION	1	0.04	245	1	0.01	256
CHEVEUX (CHUTE)	14	0.53	137	34	0.31	129
CHOLECYSTITE	5	0.19	196	9	0.08	195
CICATRICE	4	0.15	206	10	0.09	189
CIRRHOSE DU FOIE	1	0.04	245	2	0.02	243

Résultat de consultation	Patients			consultations		
	Nombre	%	Rang	Nombre	%	rang
COCCYDYNIE	1	0.04	245	6	0.06	211
COL UTERIN (ANOMALIE DU)	1	0.04	245	6	0.06	211
COLIQUE (SYNDROME)	84	3.17	42	239	2.21	34
COLIQUE NEPHRETIQUE	3	0.11	220	3	0.03	235
COMPORTEMENT (TROUBLES)	4	0.15	206	7	0.06	201
CONJONCTIVITE	28	1.06	92	34	0.31	129
CONSTIPATION	211	7.95	10	682	6.30	10
CONTUSION	53	2.00	59	69	0.64	82
COR - DURILLON	16	0.60	132	24	0.22	153
CORPS ETRANGER DANS CAVITE NATURELLE	1	0.04	245	1	0.01	256
CORPS ETRANGER SOUS-CUTANE	1	0.04	245	1	0.01	256
CRAMPE MUSCULAIRE	62	2.34	53	132	1.22	59
CYSTITE - CYSTALGIE	105	3.96	35	178	1.64	44
DECES	18	0.68	124	18	0.17	166
DEMENCE	36	1.36	76	101	0.93	69
DENT	9	0.34	169	9	0.08	195
DEPRESSION	82	3.09	43	268	2.48	31
DERMATOSE	85	3.20	40	129	1.19	60
DERMITE SEBORRHEIQUE	8	0.30	181	12	0.11	185
DHL 01 - Certaines maladies infectieuses et parasi...	5	0.19	196	11	0.10	188
DHL 02 - Tumeurs (bénignes)	4	0.15	206	4	0.04	227
DHL 03 - Mal. du sang, des organes hémato. et cert...	7	0.26	188	21	0.19	157
DHL 04 - Maladies endocriniennes, nutritionnelle ...	13	0.49	143	44	0.41	116
DHL 05 - Troubles mentaux et du comportement	5	0.19	196	14	0.13	180
DHL 06 - Maladies du système nerveux	23	0.87	103	60	0.55	99
DHL 07 - Maladies de l'oeil et de ses annexes	12	0.45	148	30	0.28	140
DHL 08 - Mal. de l'oreille et de l'apophyse mastoi...	1	0.04	245	1	0.01	256
DHL 09 - Maladie de l'appareil circulatoire	32	1.21	85	97	0.90	71
DHL 10 - Maladies de l'appareil respiratoire	13	0.49	143	30	0.28	140
DHL 11 - Maladies de l'appareil digestif	21	0.79	110	48	0.44	108
DHL 12 - Maladies de la peau et des tissus cellu...	12	0.45	148	39	0.36	121
DHL 13 - Mal du syst. ostéo-articulaire, des mus...	23	0.87	103	69	0.64	82
DHL 14 - Maladies de l'appareil génito-urinaire	3	0.11	220	5	0.05	218
DHL 18 - Symptômes, signes et résultats anormaux,...	11	0.41	154	18	0.17	166
.DENOMINATION HORS-LISTE (DHL autres)	46	1.73	65	140	1.29	52
.DPIO Cancer de la bouche	7	0.26	188	7	0.06	201
.DPIO Cancer de la Peau Epithélioma	5	0.19	196	5	0.05	218
.DPIO Cancer de la Peau Mélanome	2	0.08	234	2	0.02	243
.DPIO Cancer de la Prostate	4	0.15	206	4	0.04	227
.DPIO Cancer du Col de l'utérus	4	0.15	206	4	0.04	227
.DPIO Cancer du Colon	16	0.60	132	20	0.18	162
.DPIO Cancer du Sein	9	0.34	169	10	0.09	189
DIABETE DE TYPE 1	21	0.79	110	63	0.58	95
DIABETE DE TYPE 2	257	9.68	9	1008	9.32	5
DIARRHEE	75	2.83	48	149	1.38	49
DIARRHEE - NAUSEE - VOMISSEMENT	21	0.79	110	25	0.23	151
DORSALGIE	46	1.73	65	88	0.81	74
DOULEUR NON CARACTERISTIQUE	203	7.65	12	426	3.94	19

Résultat de consultation	Patients			consultations		
	Nombre	%	Rang	Nombre	%	rang
DOULEUR PELVIENNE	5	0.19	196	7	0.06	201
DYSPHAGIE	9	0.34	169	16	0.15	175
DYSPNEE	62	2.34	53	126	1.16	62
DYSURIE	11	0.41	154	19	0.18	165
ECZEMA	69	2.60	50	139	1.28	54
ECZEMA PALMOPLANTAIRE DYSHIDRO	5	0.19	196	7	0.06	201
ECZEMA PALMOPLANTAIRE FISSURAIRE	1	0.04	245	2	0.02	243
ENGELURE	1	0.04	245	2	0.02	243
ENROUEMENT	11	0.41	154	29	0.27	144
ENTORSE	17	0.64	128	26	0.24	149
ENURESIE	1	0.04	245	1	0.01	256
EPAULE DOULOUREUSE	95	3.58	38	220	2.03	35
EPICONDYLITE	4	0.15	206	5	0.05	218
EPIGASTRALGIE	120	4.52	28	328	3.03	27
EPILEPSIE	18	0.68	124	58	0.54	100
EPISTAXIS	21	0.79	110	30	0.28	140
ERYSIPELE	14	0.53	137	36	0.33	125
ESCARRE	2	0.08	234	4	0.04	227
ETAT FEBRILE	122	4.60	27	152	1.40	48
ETAT MORBIDE AFEBRILE	95	3.58	38	118	1.09	65
EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION	337	12.70	5	860	7.95	8
FECALOME	1	0.04	245	1	0.01	256
FIBRILLATION AURICULAIRE	153	5.76	18	559	5.17	12
FISSURE ANALE	1	0.04	245	1	0.01	256
FOLLICULITE SUPERFICIELLE	1	0.04	245	1	0.01	256
FRACTURE	27	1.02	95	45	0.42	114
FURONCLE - ANTHRAX	3	0.11	220	3	0.03	235
GASTRITE CHRONIQUE	9	0.34	169	31	0.29	136
GINGIVITE	2	0.08	234	2	0.02	243
GLAUCOME	18	0.68	124	47	0.43	110
GOITRE	11	0.41	154	32	0.30	135
GOUT (ANOMALIE DU)	1	0.04	245	4	0.04	227
GOUTTE	38	1.43	73	124	1.15	63
HALLUX VALGUS	10	0.38	164	21	0.19	157
HEMATOME SUPERFICIEL-ECCHYMOSE	13	0.49	143	17	0.16	171
HEMATURIE	12	0.45	148	14	0.13	180
HEMORRAGIE SOUS-CONJONCTIVALE	6	0.23	194	7	0.06	201
HEMORROIDE	36	1.36	76	67	0.62	87
HEPATITE VIRALE	9	0.34	169	26	0.24	149
HERNIE - EVENTRATION	28	1.06	92	61	0.56	98
HERNIE HIATALE	58	2.19	56	208	1.92	39
HERPES	14	0.53	137	17	0.16	171
HTA	1204	45.37	1	4414	40.79	1
HUMEUR DEPRESSIVE	109	4.11	31	373	3.45	23
HYGROMA	4	0.15	206	6	0.06	211
HYPERGLYCEMIE	51	1.92	60	139	1.28	54
HYPERLIPIDÉMIE	645	24.30	3	2246	20.76	2
HYPERSUDATION	2	0.08	234	3	0.03	235

Résultat de consultation	Patients			consultations		
	Nombre	%	Rang	Nombre	%	rang
HYPERTHYROIDIE	8	0.30	181	27	0.25	147
HYPERURICEMIE	81	3.05	45	297	2.74	29
HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE	11	0.41	154	22	0.20	155
HYPOTHYROIDIE	127	4.79	23	448	4.14	16
IMPETIGO	1	0.04	245	1	0.01	256
INCONTINENCE URINAIRE	55	2.07	57	167	1.54	46
INFARCTUS DU MYOCARDE	13	0.49	143	51	0.47	106
INSOMNIE	281	10.59	7	936	8.65	6
INSUFFISANCE CARDIAQUE	82	3.09	44	312	2.88	28
INSUFFISANCE RENALE	107	4.03	33	332	3.07	26
INSUFFISANCE RESPIRATOIRE	45	1.70	67	199	1.84	42
INTERTRIGO	24	0.90	99	41	0.38	119
JAMBES LOURDES	123	4.63	26	405	3.74	20
KYSTE SEBACE	7	0.26	188	7	0.06	201
KYSTE SYNOVIAL	4	0.15	206	5	0.05	218
LITHIASE BILIAIRE	4	0.15	206	4	0.04	227
LITHIASE URINAIRE	3	0.11	220	6	0.06	211
LOMBALGIE	195	7.35	13	436	4.03	17
LUCITE - ALLERGIE SOLAIRE	1	0.04	245	1	0.01	256
LUXATION	1	0.04	245	2	0.02	243
MAL DE GORGE	10	0.38	164	16	0.15	175
MALAISE - LIPOTHYMIE	38	1.43	73	47	0.43	110
MELENA	2	0.08	234	2	0.02	243
MEMOIRE (PERTE DE)	66	2.49	51	165	1.52	47
MENOPAUSE (PROBLEME ET SUIVI)	44	1.66	69	141	1.30	51
MENORRAGIE-METRORRAGIE	5	0.19	196	7	0.06	201
METEORISME	37	1.39	75	78	0.72	78
MIGRAINE	20	0.75	116	68	0.63	84
MOLLUSCUM PENDULUM	1	0.04	245	2	0.02	243
MORSURE - GRIFFURE	3	0.11	220	6	0.06	211
MUSCLE (ELONGATION-DECHIRURE)	9	0.34	169	15	0.14	178
MYALGIE	20	0.75	116	46	0.43	112
MYCOSE UNGUEALE	9	0.34	169	17	0.16	171
NAEVUS	5	0.19	196	16	0.15	175
NAUSEE	19	0.72	120	30	0.28	140
NERVOSISME	36	1.36	76	128	1.18	61
NEURALGIE - NEVRITE	54	2.03	58	122	1.13	64
OBESITE	47	1.77	62	134	1.24	57
OEDEME AIGU DU POUMON	1	0.04	245	2	0.02	243
OEDEME DE QUINCKE	3	0.11	220	3	0.03	235
OEDEME LOCALISE	5	0.19	196	9	0.08	195
OEDEME MEMBRES INFERIEURS	85	3.20	41	214	1.98	37
OEIL (ACUITE VISUELLE)	18	0.68	124	39	0.36	121
OEIL (LARMOIEMENT)	4	0.15	206	4	0.04	227
OEIL (TRAUMATISME)	2	0.08	234	3	0.03	235
ONGLE (PATHOLOGIE DE)	31	1.17	87	68	0.63	84
ORCHI-EPIDIDYMITE	1	0.04	245	1	0.01	256
ORGELET	3	0.11	220	3	0.03	235

Résultat de consultation	Patients			consultations		
	Nombre	%	Rang	Nombre	%	rang
OSTEOPOROSE	167	6.29	15	521	4.81	13
OTALGIE	4	0.15	206	5	0.05	218
OTITE EXTERNE	11	0.41	154	12	0.11	185
OTITE MOYENNE	8	0.30	181	9	0.08	195
PALPITATION-ERETHISME CARDIAQUE	19	0.72	120	51	0.47	106
PANARIS	9	0.34	169	13	0.12	183
PARASITOSE DIGESTIVE	3	0.11	220	5	0.05	218
PARESTHESIE DES MEMBRES	35	1.32	80	67	0.62	87
PARKINSONIEN (SYNDROME)	24	0.90	99	74	0.68	80
PHARYNGITE	44	1.66	69	52	0.48	102
PHOBIE	2	0.08	234	3	0.03	235
PIED (ANOMALIE STATIQUE)	9	0.34	169	21	0.19	157
PIED D'ATHLETE	20	0.75	116	31	0.29	136
PIQURE D'ANIMAL	9	0.34	169	10	0.09	189
PITYRIASIS VERSICOLOR	1	0.04	245	2	0.02	243
PLAIE	36	1.36	76	56	0.52	101
PLAINTE ABDOMINALE	118	4.45	30	204	1.89	40
PLAINTES POLYMORPHES	17	0.64	128	79	0.73	76
PNEUMOPATHIE AIGUE	22	0.83	107	31	0.29	136
POLLAKIURIE	35	1.32	80	79	0.73	76
POLYARTHRITE RHUMATOÏDE	4	0.15	206	20	0.18	162
PRECORDIALGIE	21	0.79	110	34	0.31	129
PROBLEME DE COUPLE	1	0.04	245	1	0.01	256
PROBLEME FAMILIAL	9	0.34	169	17	0.16	171
PROCEDURE ADMINISTRATIVE	47	1.77	62	52	0.48	102
PROLAPSUS GENITAL	13	0.49	143	23	0.21	154
PROSTATE (HYPERTROPHIE)	204	7.69	11	634	5.86	11
PROSTATITE	2	0.08	234	3	0.03	235
PRURIT GENERALISE	31	1.17	87	63	0.58	95
PRURIT LOCALISE	24	0.90	99	46	0.43	112
PSORIASIS	30	1.13	89	101	0.93	69
PSYCHIQUE (TROUBLE)	17	0.64	128	63	0.58	95
PYELONEPHRITE AIGUE	10	0.38	164	14	0.13	180
REACTION A SITUATION EPROUVANTE	108	4.07	32	255	2.36	32
RECTORRAGIES	16	0.60	132	21	0.19	157
REFLUX-PYROSIS-OESOPHAGITE	158	5.95	16	496	4.58	14
RHINITE	126	4.75	24	284	2.62	30
RHINOPHARYNGITE	120	4.52	28	133	1.23	58
RHUME	98	3.69	37	117	1.08	66
SCIATIQUE	48	1.81	61	93	0.86	73
SCLEROSE EN PLAQUE	1	0.04	245	10	0.09	189
SEIN (AUTRE)	11	0.41	154	18	0.17	166
SEIN (TUMEFACTION)	9	0.34	169	21	0.19	157
SENILITE	17	0.64	128	52	0.48	102
SEXUELLE (DYSFONCTION)	27	1.02	95	71	0.66	81
SINUSITE	22	0.83	107	35	0.32	128
SOUFFLE CARDIAQUE	28	1.06	92	103	0.95	68
STENOSE ARTERIELLE	27	1.02	95	88	0.81	74

Résultat de consultation	Patients			consultations		
	Nombre	%	Rang	Nombre	%	rang
STOMATITE - GLOSSITE	23	0.87	103	33	0.30	133
SUITE OPERATOIRE	35	1.32	80	48	0.44	108
SUITE OPERATOIRE.	15	0.57	135	37	0.34	124
SURCHARGE PONDERALE	24	0.90	99	64	0.59	93
SURDITE	40	1.51	72	114	1.05	67
SYNDROME DE RAYNAUD	8	0.30	181	27	0.25	147
SYNDROME MANIACO DEPRESSIF	3	0.11	220	6	0.06	211
TABAGISME	14	0.53	137	28	0.26	145
TACHYCARDIE	12	0.45	148	33	0.30	133
TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE	12	0.45	148	40	0.37	120
TARSALGIE - METATARSALGIE	11	0.41	154	18	0.17	166
TENDON (RUPTURE)	3	0.11	220	5	0.05	218
TENOSYNOVITE	42	1.58	71	76	0.70	79
THROMBOPHLEBITE	35	1.32	80	97	0.90	71
TOUX	156	5.88	17	216	2.00	36
TRAUMATISME CRANIOCEREBRAL	5	0.19	196	6	0.06	211
TREMBLEMENT	23	0.87	103	67	0.62	87
TROUBLE DU LANGAGE	1	0.04	245	1	0.01	256
TROUBLE DU RYTHME (AUTRE)	144	5.43	20	455	4.20	15
TUMEFACTION	45	1.70	67	67	0.62	87
ULCERE DE JAMBE	22	0.83	107	67	0.62	87
ULCERE DUODENAL	3	0.11	220	8	0.07	199
ULCERE GASTRIQUE	4	0.15	206	13	0.12	183
URETRITE	2	0.08	234	2	0.02	243
URTICAIRE	15	0.57	135	36	0.33	125
VACCINATION	781	29.43	2	847	7.83	9
VARICES DES MEMBRES INFERIEURS	145	5.46	19	433	4.00	18
VERRUE	7	0.26	188	10	0.09	189
VERTIGE - ETAT VERTIGINEUX	173	6.52	14	367	3.39	25
VOMISSEMENT	10	0.38	164	15	0.14	178
VULVITE CERVICITE VAGINITE	2	0.08	234	2	0.02	243
VULVITE-VAGINITE	20	0.75	116	52	0.48	102
ZONA	21	0.79	110	38	0.35	123

LISTE DES MÉDECINS AYANT PARTICIPÉ À L'ÉTUDE

Les docteurs :

Dominique ANDRIEUX	Bernard GIRAND	Michel QUINCY
Thibaut BOE (DE)	Claudie HELSENS	Yves QUINCY
Philippe BOISNAULT	Lionel HINTZY	François RAINERI
Pascal CLERC	Michel IKKA	Roland REMOND
Rachel COLLIGNON-PORTES	Patrick LANQUE	Théodore SARDNAL
Claude COURTY	Didier LE VAGUERES	Philippe SZIDON
Dominique DUGIT-GROS	Marie Françoise MANDEFIELD	Yann THOMAS DESESSARTS
Didier DUHOT	Christophe MARGERIT	Brigitte TISCORNIA
Eugenio GALASSO	Jean Paul MATHELIN-RIVOIRE	Gérard VERY
	Jean Noël MICHE	Joël VIONNET-FUASSET

Remerciements

- *Au professeur Joël BELMIN pour son enseignement, et qui par ses directives, a permis la réalisation de ce mémoire.*
- *Au professeur François PIETTE pour m'avoir autorisé à terminer ma Capacité de Gériatrie dans sa faculté.*
- *Au docteur Philippe BOISNAULT, médecin généraliste, membre titulaire de la Société Française de Médecine Générale et membre de son Département d'Information Médicale (DIM), qui a eu l'amabilité d'accepter d'être mon directeur de mémoire, m'aidant durant toutes les étapes de celui-ci.*
- *A tous mes confrères généralistes qui ont participé au relevé des données lors de leur exercice quotidien.*
- *A tous les patients qui ont permis cette étude.*
- *A tous mes patients pour la confiance dont ils me témoignent.*
- *A mon épouse, pour ses encouragements... et sa patience.*
- *A mes fils et amis pour leurs conseils informatiques.*

QUALITÉ DU SUIVI DES PATIENTS DIABÉTIQUES DE TYPE 2 EN MÉDECINE GÉNÉRALE GRÂCE À L'HÉMOGLOBINE GLYCOSYLÉE EN FRANCE EN 1999

Didier Duhot, Josette Vallée, Pascal Clerc, Rachel Colignon-Portes, Bernard Gavid, Olivier Kandel (d.duhot@sfgm.org)

INTRODUCTION

En janvier 1999 puis en mars 2000, les recommandations de l'ANAES^{1,2} ont intégré comme critère de suivi et d'adaptation thérapeutique pour le diabète de type 2 le dosage de l'HbA1c. Plusieurs articles^{3,4} ont mis en cause la qualité du suivi des diabétiques par les médecins généralistes et en particulier le non recours à l'HbA1c.

Deux études^{5,6} ont exploré la prise en charge du patient diabétique par le médecin généraliste. Cependant l'étude de la CNAM⁶ identifiant la prise d'antidiabétiques oraux comme marqueur du diabète de type 2 laissait de côté les patients sous régime et sous insuline exclusive, et les résultats des dosages d'HbA1c ne sont pas exploités. Dans l'autre étude, celle de C Attali⁵, les médecins participants étaient volontaires et sensibilisés à la prise en charge des patients diabétiques et ont probablement, de ce fait, amélioré leur pratique.

La SFMG a voulu, grâce aux données de l'Observatoire de la Médecine Générale, apprécier la pratique de l'HbA1c et les résultats de ce marqueur chez les diabétiques de type 2 en médecine générale l'année de la mise en place de ces nouvelles recommandations (1999).

MÉTHODE

Nous avons exploité rétrospectivement les données recueillies, en continu et en prospective, par un réseau de médecins informatisés de la Société Française de Médecine Générale (SFMG).

LES MÉDECINS

La SFMG anime depuis 1993 un réseau de médecins volontaires et informatisés : l'Observatoire de la Médecine Générale (OMG). Lors de l'étude, les données de 39 médecins sur 105 étaient intégrées et exploitables dans Diogène, la nouvel-

le base de données de la SFMG mise en exploitation depuis 2000. Toutes les variables, en particulier les traitements et les résultats de biologie, n'étaient pas exploitables et pour certaines données nous avons du recourir à une fiche papier remplie par le praticien.

LES PATIENTS

Tous les patients pris en charge en 1999 ont été inclus dans l'étude. Les patients étaient reconnus diabétiques si le Résultat de Consultation « Diabète de type 2 » était présent dans une de leurs consultations en 1999 ou 1998. Nous avons retenu les patients vus pour diabète en 1998 car ils pouvaient avoir effectué les analyses en 1999.

LE DOSSIER MÉDICAL INFORMATISÉ

Chaque médecin du réseau était informatisé (matériel PC compatible) et disposait du logiciel EasyPrat[®], comme support du dossier médical informatisé. Ils utilisaient le *Dictionnaire des Résultats de Consultation*[®], (DRC) comme outil de recueil sémiologique. Celui-ci regroupe les problèmes de santé les plus fréquents en médecine générale.

Au cours de chaque séance, les médecins enregistraient, entre autres, tous les problèmes de santé pris en charge et les données administratives des patients.

EXTRACTION ET EXPORTATION

Ces données, anonymisées pour le patient et le médecin, étaient transmises cryptées à la SFMG, puis traitées et agrégées dans une base de données Oracle^{®8i}.

Nous avons extrait les patients pris en charge pour un diabète de type 2 et le directeur du Département d'Information Médicale (seul habilité à connaître le transcodage code anonyme et code praticien) a demandé aux praticiens de compléter les données de leurs patients (type de traitement et dernier résultat d'HbA1c de l'année 1999).

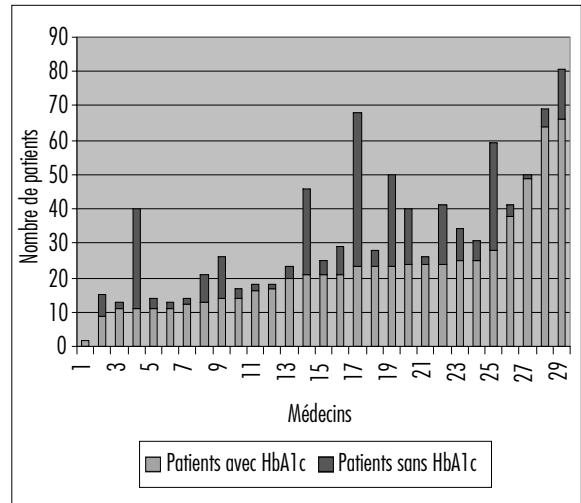
Les données renvoyées par les praticiens ont été saisies puis exploitées dans une base de données Access®, de Microsoft.

VARIABLES ÉTUDIÉES

La variable principale était le dosage de l'HbA1c au moins une fois dans l'année.

Les autres variables étaient le résultat de l'HbA1c, l'âge du patient, l'ancienneté du diabète, le type de traitement.

En fonction de la valeur de l'HbA1c, trois groupes sont constitués selon les recommandations de l'ANAES¹ : HbA1c inférieure ou égal à 6,5 % (pas de modification de traitement, le diabète est bien équilibré), HbA1c comprise entre 6,6 et 8 % (envisager une modification de traitement en fonction des bénéfiques risques pour le patient), HbA1c supérieure à 8 % (modification du traitement car diabète mal équilibré).



Graphique 1: Répartition des patients par médecin

RÉSULTATS

LES MÉDECINS

Sexe et âge des praticiens

Vingt neuf médecins (2 femmes et 27 hommes) ont accepté de participer à l'étude sur les 39 sollicités. Leur moyenne d'âge était de 45 ans et 4 mois.

Type d'activité

Vingt six praticiens exerçaient en secteur 1 et deux en secteur 2 (pour un praticien nous n'avons pas cette information). 10 étaient installés seul et 19 en cabinet de groupe.

LES PATIENTS

Nombre de patients par médecin

Les praticiens ont pris en charge, en 1999, 950 patients diabétiques de type 2.

Le graphique 1 présente le nombre de patients, avec ou sans résultat d'HbA1c, pris en charge par médecin dans l'année.

Les patients étaient pour 45,89 % des femmes et pour 53,79 % des hommes (pour 0,32 % le sexe n'était pas documenté).

Le sex ratio H/F était de 1,17.

PRATIQUE DE L'HBA1C

Sur les 950 patients, 658 (69,26 %) avaient un résultat d'HbA1c dans le dossier médical. 292 patients (30,74 %) n'en avaient pas.

	Sans HbA1c	%	Avec HbA1c	%	Total
Femmes	142	32,57 %	294	67,43 %	436
Hommes	150	29,35 %	361	70,65 %	511
Information indisponible	—	—	3	100,00 %	3
Patients	292	30,74 %	658	69,26 %	950

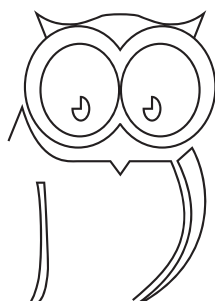
Tableau 1 : nombre de patients par sexe et HbA1c

Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes ($p = 0,285$)

POUR LES PATIENTS SANS HBA1C

L'âge moyen des patients était de 65 ans et 1 mois. Le patient le plus jeune avait 13 ans et le plus âgé 94.

Parmi les 292 patients sans HbA1c, 102 (34,9 %) n'ont été vus qu'une fois dans l'année pour le diabète et pour 50 d'entre eux c'était la seule consultation avec le praticien dans l'année.



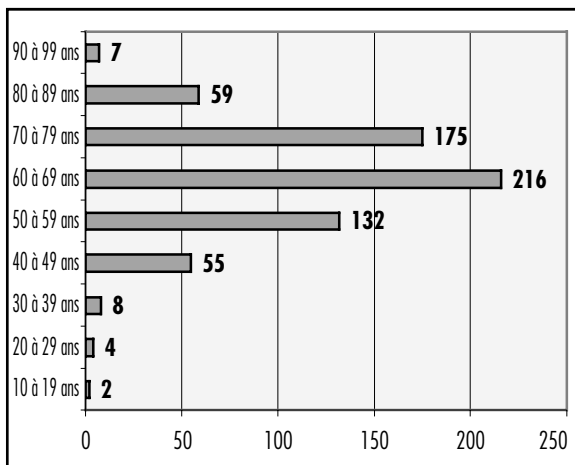
POUR LES PATIENTS AVEC HbA1c

Age des patients avec HbA1c

L'âge moyen des patients était de 64 ans et 6 mois. Le patient le plus jeune avait 13 ans et le plus âgé 95.

Répartition par tranches d'âge

Le graphique 2 montre la répartition par tranche d'âge des patients



Graphique 2 : répartition des patients avec HbA1c par tranche d'âge

Nombre de séances (consultations et visites) par patient pour diabète en 1999

Le tableau suivant donne le nombre de patients en fonction du nombre de séances dont ils ont bénéficiés en 1999 pour leur diabète. Il faut noter que 6 patients ont été vus en 1998 pour le diabète et en 1999 pour un autre RC.

Nombre de patients	Nombre de séances
6	0
115	1
113	2
98	3
103	4
61	5
40	6
122	7 et plus

Tableau 2 : nombre de patients avec HbA1c et nombre de consultation pour diabète dans l'année

Résultats d'HbA1c

Le tableau ci-dessous donne la répartition des patients par résultat d'HbA1c en fonction du sexe.

HbA1c	Nombre de patients	Femmes	Hommes	Sexe NR
< 6.6 %	198 (30,10 %)	93 (31,63 %)	104 (28,82 %)	1
> 6,5 & < 8.1 %	240 (36,47 %)	99 (33,67 %)	140 (38,78 %)	1
> 8	220 (34,43 %)	102 (34,70 %)	117 (31,58 %)	1
Total	658 (100 %)	294 (100 %)	361 (100 %)	3

Tableau 3 : répartition des patients par sexe et niveau d'HbA1c

Il n'y a pas de différence de répartition des hommes et des femmes selon le niveau d'hémoglobine glyquée.

HbA1c moyenne

L'HbA1c moyenne était 7,66 %. (écart type 5,86 %-9,46 %)

L'HbA1c la plus basse était 4.2 % et la plus haute était 17.5 %.

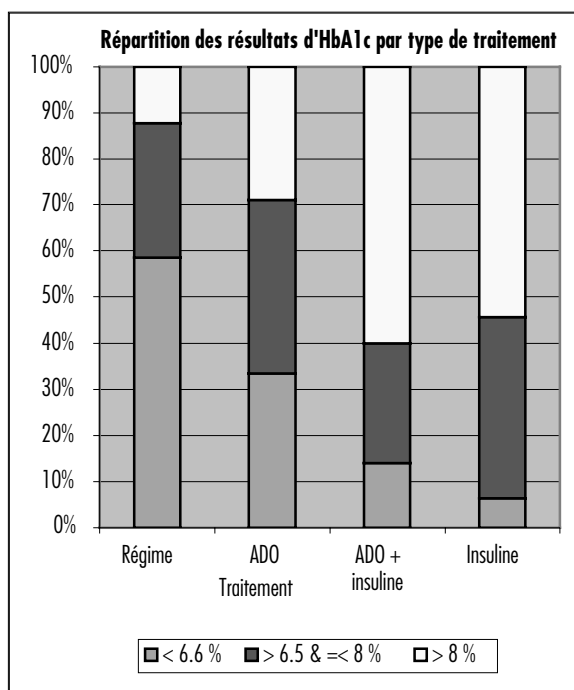
La médiane était à 7,3 %.

Répartition des patients par traitement et HbA1c

Le tableau 4 rapporte le nombre de patients en fonction des traitements et des résultats d'hémoglobine glyquée.

	Patients	%	HbA1c < 6.6 %	HbA1c > 6.5 & < 8.1 %	HbA1c > 8 %
Régime seul	41	6,23	24 (12,12 %)	12 (5,00 %)	5 (2,27 %)
ADO	472	71,73	158 (79,80 %)	177 (73,75 %)	137 (62,27 %)
ADO + insuline	50	7,60	7 (3,54 %)	13 (5,42 %)	30 (13,64 %)
Insuline	79	12,01	5 (2,53 %)	31 (12,92 %)	43 (19,55 %)
Info. non dispo	16	2,43	4 (2,02 %)	7 (2,92 %)	5 (2,27 %)
Total	658	100	198 (100 %)	240 (100 %)	220 (100 %)

Tableau 4 : nombre de patients en fonction du traitement et du résultat d'HbA1c



Graphique 3 : répartition des résultats d'HbA1c par types de traitement

Six pourcents des patients sont sous régime seul. La majorité des patients sont sous antidiabétiques oraux. Près de 20 % des patients reçoivent de l'insuline, seule ou avec des ADO.

Ancienneté du diabète

L'ancienneté moyenne du diabète est de 8 ans et 5 mois (n = 495 patients). Elle est de 14 ans et 9 mois pour les patients sous insuline seule, de 13 ans et 9 mois pour ceux sous insuline + ADO et de 7 ans et 6 semaines pour ceux sous ADO seuls.

DISCUSSION

7 patients sur 10 ont eu au moins un dosage de l'HbA1c dans l'année. La valeur moyenne de l'HbA1c était de 7,66 %. Les patients se répartissaient en un peu moins d'un tiers en dessous de 6,5 %, un peu plus d'un tiers entre 6,6 et 8 % et un tiers au dessus de 8 %.

Moins d'un patient sur 10 est traité par régime seul, 7 sur 10 par antidiabétiques oraux et 2 sur 10 reçoivent de l'insuline seule ou avec ADO. Plus le diabète est ancien et plus les traitements sont lourds et les résultats d'HbA1c mauvais.

LIMITES

Les médecins ne sont pas représentatifs de l'en-

semble des médecins généralistes français. Nous avons moins de femme et plus de médecins en groupe⁷.

Les informations concernant « l'âge du diabète » ou le type de traitement suivi ne sont pas exhaustives.

LE DOSAGE DE L'HBA1C

Dans notre étude, l'HbA1c était disponible pour 658 patients soit prêt de 70 % des patients suivis. Ce chiffre est proche de celui de l'étude de C Attali⁵ (61,7 %).

Ce nombre d'HbA1c disponibles est peut être sous évalué. Ainsi certains praticiens ont pu recevoir les résultats du laboratoire et ne pas les saisir dans le dossier patient informatisé.

De plus un tiers des patients sans HbA1c n'ont été vus qu'une fois dans l'année par le praticien, ce qui laisse à penser que le diabète est aussi pris en charge par un autre praticien.

Ce résultat, qui peut paraître insuffisant, doit être relativisé. En effet, la diffusion en France de recommandations indiquant l'HbA1c comme mode de référence du suivi du diabète de type 2 a commencé en 1999 et 2000. Auparavant il était recommandé de suivre ces patients par des glycémies, peu conseillé et parfois déconseillé d'utiliser l'HbA1c.

Il semble que les recommandations mettent un certain temps pour pénétrer le milieu professionnel.

RÉSULTATS D'HBA1C

Les résultats de notre étude sont moins bons que ceux d'Attali⁵ qui trouve 60 % de patients bien contrôlés.

HbA1c	SFMG 99	C Attali 99	ESPOIR 2001
< 6,6 %	30 %	60 %	27 %
6,6 à 8 %	36 %	40 %	39 %
> 8 %	34 %		34 %

Tableau 5 : résultats d'HbA1c dans 3 études

Cependant, si les dates des études, les âges et sexe sont comparables, le nombre de patients sous insuline est bien supérieure dans notre étude (20 % contre 6 %). De plus les participants à l'étude de C Attali savaient que la pratique et les résultats de l'HbA1c allaient être étudiés alors que les investigateurs de l'OMG ne savent pas sur quels sujets des études vont être menées.

Nos chiffres se rapprochent de ceux de l'étude ESPOIR⁸ menée chez les endocrinologues (tableau 5). Les âges moyens sont comparables (64 ans vs 62 ans pour Espoir) mais l'ancienneté du diabète est plus courte chez nous (8 ans et 5 mois vs 12 ans). La répartition des traitements est identique avec 71 % des patients sous ADO dans ESPOIR et l'étude de la SFMG. Notons que nous avons moins de patients sous ADO + insuline et plus de patients sous insuline seule que chez les endocrinologues.

RÉSULTAT D'HbA1c EN FONCTION DU TRAITEMENT ET DE LA DURÉE DU DIABÈTE

Le graphique 3 permet de connaître le taux d'HbA1c en fonction du traitement.

On remarque que les patients le plus lourdement traité (Insuline +/- ADO) sont ceux qui ont l'HbA1c la plus élevée. Ce sont aussi ceux dont le diabète est le plus ancien, environ 14 ans alors que les patients sous ADO seul ont un diabète d'environ 7 ans.

Silvio Inzucchi⁹ avait déjà noté un accroissement progressif des médicaments utilisées per os au fil du temps, avec 50 % des patients équilibrés grâce à un médicament au bout de 3 ans d'évolution versus 25 % après 9 ans d'évolution. Ces résultats se retrouvent dans l'étude d'Attali⁵ et l'étude ESPOIR⁸.

BIBLIOGRAPHIE

¹ ANAES. Recommandation pour la Pratique Clinique, janvier 1999: suivi du patient diabétique à l'exclusion du suivi des complications

² ANAES. Recommandation pour la Pratique Clinique, mars 2000: stratégie pour la prise en charge du patient diabétique de type 2 à l'exclusion de la prise en charge des complications

³ Philippe PASSA. La prise en charge des diabétiques est médiocre: pourquoi? Rev Prat Med Gen 1999; 13 (452): 385-87

⁴ Philippe PASSA. Diabète de type 2: le dépister est simple. Rev Prat Med Gen 2002; 16 (564): 247-9

⁵ C Attali et coll. Prise en charge des diabétiques de type 2: en décalage par rapport aux recommandations, Rev Prat Med Gen 2000; 14 (505): 1347-52

⁶ Ph Ricordeau et coll. Les modalités de suivi des diabétiques non insulino-traités en France métropolitaine

CONCLUSION

L'évolution naturelle du diabète malgré les différents traitements utilisés ne doit pas faire oublier que nous disposons d'un critère de suivi qui a fait la preuve de son utilité pour réduire les complications micro angiopathiques¹⁰. Notre étude montre qu'en 1999, les dosages d'HbA1c sont insuffisants tant qualitativement que quantitativement. Ils pourraient cependant participer à la diminution des complications vasculaires et viscérales.

Dans le même temps, les patients devront eux aussi apprendre à connaître ce nouvel élément de suivi. Ainsi l'action conjointe du médecin et du patient permettra peut être d'éviter un certain nombre de complications de cette maladie concernant des patients dont l'âge d'entrée dans la maladie diabétique risque de diminuer dans la décennie à venir, en particulier chez les enfants et les jeunes adultes¹¹.

Il serait intéressant de réaliser une nouvelle étude sur la pratique du dosage de l'HbA1c chez ces 29 praticiens en 2003, à distance de la diffusion des recommandations.

durant l'année 1998. CNAM-TS

⁷ Aguzzoli F, Le Fur P, Sermet C: clientèles et motifs de recours en médecine libérale. CREDES N° 1008, 1994

⁸ G Charpentier and Al. Control of diabetes and cardiovascular risk factor in patients with type 2 diabetes: a nationwide French survey. Diabetes Metab 2003, 29, 152-8

⁹ Silvio E Inzucchi. Oral Antihyperglycemic Therapy for Type 2 Diabetes: Scientific Review. JAMA 2002; 287: 360-372

¹⁰ R Turner for the UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). Lancet 1998; 352: 854-65

¹¹ F Ratner Kaufman. Type 2 diabetes in children and young adults: a « new epidemic ». Clinical Diabetes volume 20, number 4, 2002.

Groupes de Pairs : un concept en évolution !





Analyser, expliciter et comparer sa pratique... s'évaluer pour progresser

La Société Française de la Médecine Générale organise le **3^{ème} symposium des Groupes de Pairs**

dimanche 12 juin 2005 à Paris

9 boulevard Romain Rolland – 75014 Paris

Seront abordés au cours de cette journée :

-  L'amélioration de la méthodologie des Groupes de Pairs. Les groupes de pairs étant à la fois un moyen de formation médicale continue et d'évaluation des pratiques professionnelles.
-  La définition de l'espace de liberté dans la décision médicale du fait de l'évolution de notre exercice.
-  L'introduction de l'évaluation institutionnelle dans les groupes de pairs.
-  La diffusion du concept des groupes de pairs à d'autres disciplines.

Un peu d'histoire...

Sous l'impulsion de la SFMG, les Groupes de Pairs sont apparus en France en 1987. Ils sont nés de la volonté de structurer une étude de la pratique de la médecine générale en groupes de travail. **Le nom de Groupes de Pairs** a été inspiré par l'ouvrage néerlandais "*Peers Groups in General Practice*". Mais tandis qu'aux Pays Bas ces groupes se destinent à l'audit, la SFMG a eu la volonté d'étudier et de critiquer la pratique telle qu'elle est vraiment, et non pas de présenter de "belles observations" à la façon d'un staff hospitalier. L'objectif d'une critique est d'améliorer la pratique pour les cas les plus fréquents. La démarche française se distingue originalement des groupes anglais ou néerlandais par :

- **Le choix aléatoire des cas** traités lors d'une séance (certains groupes Balint le pratiquent également).
- Le temps consacré, si nécessaire, à l'évaluation des circuits de soins véritablement disponibles.
- Le temps libre destiné à la curiosité, l'inhabituel, ou le préoccupant.

Aujourd'hui...

Le Département Groupes de Pairs de la SFMG est chargé de la diffusion du concept (outil de formation continue et d'évaluation des pratiques). Ce département organise des séminaires de formation pour la création ou le perfectionnement des groupes de pairs. Il propose aux groupes qui le désirent une formation à la théorie professionnelle en médecine générale et au langage commun.

La Société Française de Médecine Générale est une Société Savante créée en 1973, constituée en association type loi de 1901 et composée de médecins généralistes exerçant en ville.

Sa vocation est de développer des recherches dans sa discipline, de diffuser des outils et méthodes adaptées à cette discipline et de contribuer à l'enseignement universitaire et à la formation continue.

Comme toute société savante, la SFMG répond aux critères suivants :

- développer des recherches spécifiques,
- diffuser des outils et méthodes adaptés aux champs étudiés,
- publier des travaux, des études relatifs à sa discipline,
- entretenir des échanges transdisciplinaires,
- valoriser les professionnels concernés,
- participer à la représentation de la discipline dans les instances nationales et internationales,
- être reconnue comme société savante par des tiers extérieurs nationaux et internationaux.

PRÉVENTION, DÉPISTAGE ET PRISE EN CHARGE PRÉCOCE DU PROBLÈME D'ALCOOL EN MÉDECINE GÉNÉRALE : ESSAI D'ANALYSE D'UN DÉNI COLLECTIF

Michel Naudet

Ce sujet de mémoire est né à l'hôpital Delafontaine de St Denis (93) sur mon lieu de stage où je participais en binôme avec un médecin alcoologue à une consultation externe d'alcoologie.

Un jour, une patiente nous a tenu ces propos : « Je savais bien que je buvais trop, j'avais une drôle de tête, mauvaise mine et puis des tremblements le matin. J'avais le même docteur depuis plus de quinze ans, jamais il ne m'a rien dit à ce sujet et je n'osais pas lui en parler ; quand je lui disais que je dormais mal et que j'étais anxieuse, il se contentait de me donner un calmant. Pareil pour ma tension toujours assez élevée. C'est son remplaçant que j'ai consulté une fois pendant les vacances qui m'a mise en garde contre l'abus d'alcool et m'a prescrit des examens ».

J'ai vite constaté qu'il ne s'agissait pas d'un cas isolé et que nombre de patients, à l'instar de la précédente, avaient développé une alcoolo-dépendance parfois sévère sans que leur médecin habituel n'ait jamais, selon eux, abordé clairement ce sujet.

INTRODUCTION

En France, cinq millions de personnes sont concernées par un usage à risque et/ou nocif d'alcool (selon les normes de l'OMS). Le dépistage systématique du mésusage est actuellement recommandé aux médecins par de nombreuses institutions, notamment canadiennes (Haggerty¹) et américaines (NIAAA²)³. Une consommation dangereuse d'alcool peut être dépistée de manière relativement simple.

Entre 75 et 90 % des Français consultent leur généraliste au moins 1 fois par an (Raynaud et Parquet, 1999). Le cabinet de ville est donc un lieu privilégié pour le repérage des patients ayant un problème avec l'alcool.

Le médecin généraliste a un rôle central et incon-

turnable à jouer dans le dépistage et la prise en charge précoce des buveurs à risque. Pourtant, de nombreuses études⁴ ont montré qu'en France ces professionnels ne tiennent pas suffisamment compte du problème d'alcool au cours de leurs consultations. S'ils sont unanimement d'accord pour dénoncer l'alcoolisme comme un problème majeur de santé publique et pour admettre qu'une large prévention est nécessaire, ils ne traduisent pas nécessairement ces principes en actes lors de leurs consultations.

Il faut admettre que le rôle du praticien n'est pas facile car une consultation de médecine générale associe habituellement plusieurs motifs. Contrairement à la plupart des pathologies somatiques, le problème de l'alcool est rarement abordé de manière directe par le patient, mais le plus souvent par le biais de ses conséquences sur la santé ou la vie sociale. Et dans la majorité des cas, le patient ne fait pas le lien entre sa consommation excessive d'alcool et ses ennuis. Nous sommes ici dans une clinique de la non demande, où le médecin doit prendre l'initiative d'aborder le problème avec le patient.

L'étude Strand1 a mis en évidence certains des facteurs qui, selon les médecins, rendent difficiles le dépistage et la prise en charge précoce des

Mémoire de fin d'étude, Université Paris VIII, Diplôme d'Etudes Supérieures d'Université en Addictologie, D.E.S.U. Addictions, Novembre 2004.

Supervision : M. Eric Chagnard, Psychologue Clinicien, enseignant au Centre Monceau et Dr Jean-Noël Miche, Médecin Addictologue, membre de la SFMG.

Directeur de mémoire : professeur Pierre Angel

buveurs à risque au cours des consultations :

- le manque de formation et de connaissances (très largement en tête) ;
- leur manque de légitimité pour poser des questions aux patients sur ce sujet ;
- les réticences des patients et praticiens à aborder les « sujets qui fâchent » ;
- la faiblesse des résultats obtenus par rapport à l'énergie nécessaire.

Les trois derniers arguments fréquemment évoqués pour justifier ce « déni d'alcool » pendant les consultations sont contredits par une enquête menée par l'Observatoire Régional de Santé d'Ile de France (ORS-IDF) auprès de la population générale, où il a été montré que :

- Dans 88 % des cas, les patients font généralement confiance à leur médecin et sont prêts à aborder le sujet de l'alcool avec eux.
- Des interventions brèves au cours d'une consultation ont des effets bénéfiques sur la prise de conscience d'une consommation excessive d'alcool et la prévention d'une éventuelle dépendance (entre 33 et 50 % des buveurs excessifs affirment avoir réduit leur consommation en deçà du seuil de risque suite à un avertissement et une indication de leur médecin).

Ces arguments, sans douter de leur sincérité, reflètent-ils la réalité ? Les médecins ne (se) cachent-ils pas les vrais motifs ?

Les deux enquêtes citées se sont basées sur le point de vue des médecins et des patients. Le présent mémoire s'attachera plus particulièrement à analyser le premier argument, à savoir le manque de formation/information des médecins pour dépister les patients ayant un problème avec l'alcool. Il étudiera la relation entre la formation (et l'expérience) du médecin dans le domaine de l'alcoologie et son degré réel de prise en charge de l'alcool dans sa consultation.

Remarque : L'étude porte sur les médecins généralistes car les données dont nous disposons concernent ces derniers et que leur position est stratégique. Il est vraisemblable que les résultats pourraient également s'appliquer à de nombreuses spécialités médicales.

PROBLÉMATIQUE

Dans cette partie, nous allons définir ce que l'on entend par « maladie alcoolique » et analyser les moyens à la disposition des médecins généralistes pour prendre en charge les patients ayant des problèmes d'alcool.

Types de consommations : définitions

Si la maladie alcoolique passe obligatoirement par l'alcoolisation, elle n'en est pas synonyme.

En France métropolitaine, une enquête du CFES⁶ menée en 1999 auprès des 15-75 ans⁷ révélait que sur 44 millions de personnes concernées 43 millions avaient déjà consommé de l'alcool au moins 1 fois dans leur vie, 14 millions (31 %) en consommaient au moins 1 fois par semaine et 8,9 millions (20 %) tous les jours.

Dans ses *Recommandations pour la pratique clinique*⁸, la Société Française d'Alcoologie (SFA) propose de catégoriser toutes les conduites d'alcoolisation autour des termes suivants : non consommation, usage et mésusage. Ces catégories forment un continuum allant de l'abstinence totale à l'alcoolodépendance.

Non usage (non consommation)

Ce comportement est caractérisé par une abstinence totale de boissons alcoolisées. On distingue deux formes :

- la *non usage primaire* désigne la conduite des enfants ou adolescents qui n'ont pas encore consommé, ou bien un choix durable voire définitif de l'adulte qui s'abstient de toute boisson alcoolisée pour des raisons personnelles, médicales, culturelles ou religieuses.
- Le *non usage secondaire* apparaît après une période de mésusage ; il est généralement désigné sous le terme d'abstinence.

Usage (consommation modérée)

Nous désignerons par ce terme toute conduite d'alcoolisation qui, par son caractère modéré, ne pose pas de problème au consommateur ni à son entourage. Une consommation modérée ne sera pas supérieure aux critères fixés par l'OMS et pourra être très inférieure suivant la situation personnelle de chacun (santé, tolérance, conduite de véhicules, etc.). Le consommateur modéré sera

donc celui qui n'augmente jamais son risque personnel ni le risque des autres à cause de l'alcool.

L'usage de l'alcool peut être une conduite durable voire définitive, mais peut aussi constituer une étape temporaire vers le mésusage.

Mésusage

Cette catégorie générique regroupe toutes les conduites d'alcoolisation induisant un ou plusieurs risques potentiels pour le consommateur ou les autres personnes. La dépendance fait partie de ces risques. Nous distinguons trois sous-catégories :

- Usage à risque (consommateur à risque)
Conduite d'alcoolisation où la consommation excessive, supérieure aux normes de l'OMS ou induisant un risque circonstanciel (par exemple pour les conducteurs d'engins) n'a pas encore provoqué de dommages (médical, psychique, social) mais est susceptible d'en induire à court, moyen ou long terme (y compris la dépendance).

- Usage nocif (consommateur à problèmes)
Cet usage correspond à toute conduite d'alcoolisation caractérisée par :
 - l'existence d'au moins 1 dommage d'ordre médical, psychique ou social dû à l'alcool quelles que soient la fréquence et les quantités consommées.
 - l'absence de dépendance à l'alcool.

- Usage avec dépendance (consommateur alcoolodépendant)
La dépendance alcoolique se caractérise par la perte de la maîtrise de la consommation. Elle ne définit donc pas par rapport à un seuil ou une fréquence de consommation, ni par l'existence de dommages induits (qui néanmoins sont souvent associés).

Il y a donc en théorie une différence fondamentale entre l'usage nocif et la dépendance : l'alcoolodépendant n'est plus maître de la situation alors que le buveur excessif, à condition d'être conscient, peut encore réagir par sa seule volonté.

Ivresse

L'ivresse est une conduite d'alcoolisation aiguë pouvant se rattacher à chaque catégorie d'usage ou de mésusage.

Conduites d'alcoolisation :

Étapes vers la dépendance

Est-il possible de modéliser les conduites d'alcoolisation et leur cheminement vers la dépendance ? La réponse à cette question est bien sûr négative, tant les interactions en jeu sont nombreuses et complexes.

Nous allons pourtant essayer ici, en nous référant aux travaux de Lewis et de Wise (1996)⁹, d'aborder les facteurs neurobiologiques de l'alcoolodépendance. Nous garderons à l'esprit que cette approche est forcément réductrice dans la mesure où nous prendrons très peu en compte des dimensions essentielles du comportement de boisson, à savoir les aspects environnemental, culturel et social.

Premières alcoolisations et effets subjectifs

Si c'est sans doute le hasard qui a amené l'homme des temps anciens à consommer pour la première fois une boisson fortuitement fermentée, c'est précisément l'aspect culturel de l'alcool qui provoquera aujourd'hui la première prise de boisson alcoolisée par un enfant ou adolescent. : vider le fond d'un verre en cachette après un repas de famille, boire un peu de champagne le jour de sa Communion, tremper un petit beurre dans le verre de vin de Papi et bien d'autres circonstances encore. En écoutant les patients alcooliques, il est surprenant de constater à quel point beaucoup de ces malades se souviennent exactement de leur première rencontre avec l'alcool, souvent mieux que de leur première rencontre amoureuse...

La qualité subjective de cette première expérience sera très variable d'après les sujets et dépendra notamment du système neurobiologique inné et acquis. Trois cas peuvent se présenter :

- 1) A cause d'un problème biologique, par exemple un déficit en ALDH¹⁰, l'alcool aura un effet aversif amenant le sujet à ne pas renouveler l'expérience (le déficit de cet enzyme est endémique chez certains peuples asiatiques et arabes).
- 2) Au contraire, l'alcool produit un effet psychotrope bénéfique que l'individu cherchera par la suite à reproduire. Cet effet peut être de deux ordres :
 - Un renforcement positif suite à l'activation du « système de la récompense¹¹ » dopaminergique.

Le rôle appétitif, motivationnel et décisionnel de ce système facilite, via le noyau accumbens, la transformation de la motivation en action et la mémorisation de l'expérience (Mogenson et coll., 1980)¹². Sur le plan comportemental, cela se traduira par une désinhibition.

– Un renforcement négatif (soulagement d'une anxiété ou d'une tension intérieure). Il a été montré que :

- L'alcool, à l'instar des benzodiazépines, facilite la transmission GABAergique et induit des effets anti-stress et anxiolytiques.
- Il a des effets anti-dépresseurs potentiels ou, au minimum, des effets positifs sur l'humeur.

3) L'alcool n'a aucun effet subjectif notable sur le sujet qui ne cherchera pas particulièrement à renouveler l'expérience. Pourtant, il y sera probablement amené pour des raisons autres que neurobiologiques, sous l'influence de facteurs environnementaux ou psychologiques (troubles de la personnalité, événements de vie, profession, etc.).

Consommation occasionnelle puis régulière

Sauf s'il est allergique à l'alcool ou déterminé, pour des raisons éthiques, religieuses ou personnelles, à ne jamais en consommer, son comportement social amènera l'individu à boire occasionnellement de l'alcool à des fins récréatives. Cette consommation pourra également être induite par des problèmes psychiques ou psychosociaux (dépression, états anxieux, phobie sociale, troubles de la personnalité, etc.).

La consommation régulière d'alcool, qu'elle soit festive ou qu'elle corresponde à une automédication, déclenche une série de processus physiologiques ayant pour conséquence le renforcement de la conduite d'alcoolisation :

- Sensibilisation du « système de récompense » dopaminergique qui va inciter l'individu à reproduire l'expérience de boisson.
- Constitution de processus associatifs puissants (conditionnement opérant, mémoire des expériences agréables, association de l'alcool et du plaisir, savoir-vivre, fête, convivialité, etc.), automatisation des comportements.
- Développement d'une tolérance biologique due à l'épuisement des effets pharmacologiques de l'alcool et à la nécessité d'augmenter les doses pour obtenir les mêmes sensations.
- Développement d'une dépendance psychique, à la fois comportementale (effectuer des activités

liées à l'alcool), émotive (retrouver une humeur ou des sensations agréables ou bien éloigner des sentiments désagréables) et cognitive (raisonner différemment).

Dépendance

Le phénomène de tolérance aboutit à une dépendance physique pour l'alcool.

L'intoxication chronique développe un ensemble de processus adaptatifs qui caractérisent l'état de dépendance. De nature homéostatique, ces processus tentent de contrebalancer les effets pharmacologiques de l'alcool sur les systèmes neuroaux concernés. En cas de sevrage, l'équilibre sera rompu et les effets physiologiques des processus adaptatifs provoqueront des symptômes (dits « de sevrage »). Ces derniers se produiront non seulement lors d'une abstinence, mais également lorsque l'alcoolémie deviendra insuffisante (fins de nuit par exemple), et de plus en plus fréquemment à mesure que la dépendance deviendra sévère.

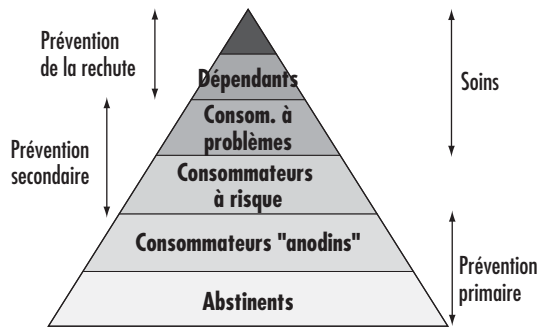
Pour atténuer et faire disparaître ces symptômes, le malade dépendant devra recourir à l'alcool, augmentant ainsi sa tolérance et la sévérité de sa dépendance.

La principale responsabilité des symptômes de sevrage est attribuée à un hypofonctionnement de la transmission GABAergique, comme l'expliquent à la fois les signes neurologiques (hyperexcitabilité du SNC), les signes végétatifs (tremblements, sudation) et l'efficacité des benzodiazépines (notamment Valium) dans le traitement de ces symptômes.

Le risque alcool apparaît donc comme un phénomène progressif : il y a un continuum entre la consommation "socialement acceptée" et "normale" (à faible risque) et la dépendance sévère. Il existe en particulier deux groupes intermédiaires importants, les consommateurs à risque et les consommateurs à problèmes. Les premiers consomment de l'alcool à un niveau dont de nombreuses études ont montré qu'il diminue l'espérance de vie sans que l'individu n'en subisse de conséquences concrètes au quotidien. Les seconds subissent déjà des conséquences de leur consommation d'alcool.

Ces cinq catégories de comportements vis-à-vis de l'alcool peuvent s'inscrire dans la pyramide de

Skinner¹³ qui représente parfaitement le caractère progressif et sélectif des différentes étapes vers la dépendance.



Graphique 1 : Pyramide de Skinner¹⁴

QUELQUES CHIFFRES

Le nombre de personnes faisant un mésusage de l'alcool en France ne peut être déterminé que très approximativement. Nous pouvons néanmoins donner les estimations suivantes¹⁵ chez les adultes (15 – 75 ans) :

- 2,3 % des français déclarent ne jamais avoir bu, ne serait-ce qu'une fois, de boisson alcoolisée.
- 6,8 % n'ont bu aucune boisson alcoolisée au cours de l'année écoulée.
- 63,1 % des français consommeraient une boisson alcoolisée au moins une fois par semaine.
- 33 % des hommes et 11 % des femmes déclarent consommer quotidiennement au moins une boisson alcoolisée (ce pourcentage augmente avec l'âge pour atteindre 65 % des hommes et 33 % des femmes entre 65 et 75 ans).
- 5 millions de personnes sont des consommateurs excessifs (selon les normes de l'OMS)
- Près de 2 millions de français sont (ou ont été) concernés par l'alcoolodépendance.

Normes de consommation

Ces normes ont été définies par l'OMS¹⁶ sur des bases statistiques. Elles s'expriment en nombre de verres (unités) par semaine¹⁷ et représentent le seuil en deçà duquel on peut consommer de l'alcool à moindre risque (1 unité = un verre standard, environ 10 g d'alcool pur) :

Consommation régulière

- femmes : 14 unités par semaine au maximum (2 verres par jour)
- hommes : 21 unités par semaine au maximum (3 verres par jour)
- **au moins une fois par semaine sans boisson alcoolisée.**

Consommation occasionnelle

- pas plus de 4 unités d'alcool en une seule occasion.

Pas d'alcool dans les circonstances suivantes :

- pendant la grossesse
- pendant l'enfance
- quand on conduit un véhicule
- quand on conduit une machine dangereuse
- quand on exerce des responsabilités qui nécessitent de la vigilance
- quand on prend certains médicaments dans certaines maladies aiguës ou chroniques
- (épilepsie, pancréatite, hépatite virale etc.)
- quand on est un ancien malade alcoolodépendant.

Une consommation à moindre risque ne veut pas dire sans risque. La tolérance et la vulnérabilité sont spécifiques à chaque personne. Certaines personnes vont développer des pathologies en ingérant des quantités inférieures.

Bien que des progrès aient été faits dans ce sens, les Français dans leur ensemble sous-estiment encore ces seuils. Dans une étude de 1998¹⁸, le nombre de verres quotidiens à partir duquel la dangerosité augmente a été évalué à 3 verres pour les femmes (au lieu de 2) et à 3,7 verres pour les hommes (au lieu de 3).

Comme nous l'avons vu dans l'introduction, entre 33 et 50 % des consommateurs excessifs seraient prêts à réduire leur consommation en deçà des seuils de risques si leur médecin les mettait en garde et leur rappelait ces derniers.

Et, comme le montre la pyramide de Skinner, avant de s'exposer à des dommages importants, les consommateurs à problèmes ou alcoolodépendants ont d'abord été des buveurs occasionnels puis réguliers. La consommation moyenne des Français adultes étant de 2,5 verres par jour, très proche donc du seuil de dangerosité, informer tous les buveurs réguliers sur les normes officielles de consommation semblerait indispensable. De plus, le repérage précoce des consom-

mateurs à risque éviterait sans doute à certains de devenir des consommateurs à problème, notamment en développant des pathologies somatiques.

Moyens de dépistage

Comme nous l'avons vu, peu de patients ayant des problèmes avec l'alcool consultent pour ce seul motif. En France, consommer de façon chronique 2 ou 3 verres de vin à chaque repas est socialement admis et n'entraîne en général aucune culpabilité. Le repérage des patients à risque sera donc rarement le résultat direct d'une demande du patient et devra se faire par le biais des outils suivants :

- Examen clinique
- Examens biologiques
- Entretien (questionnement)
- Tests psychométriques (inclus dans l'entretien, soumis oralement).
- Comorbidités somatiques et psychiques fréquemment associées à la consommation excessive d'alcool.

Nous ne développerons pas le sujet ici, mais ces outils existent et leur utilisation est le plus souvent compatible avec le cadre classique d'une consultation de Médecine Générale.

HYPOTHÈSES GÉNÉRALES

Hypothèse 1 : les médecins généralistes ayant reçu une formation spécifique en alcoologie et/ou ayant exercé des activités dans ce domaine et/ou s'estimant très bien informés aborderont plus souvent le problème d'alcool avec leurs patients que les médecins non formés ou s'estimant mal informés.

Si cette hypothèse est vérifiée, l'utilité d'une information/formation des médecins généralistes à l'alcoologie telle que pratiquée aujourd'hui en France serait confirmée. Il conviendrait alors d'analyser les aspects à améliorer pour un meilleur dépistage et une prise en charge plus précoce des patients à risque en consultation :

- L'information sur le produit et ses effets
- La clinique (sémiologie de l'intoxication aiguë ou chronique, symptômes de sevrage, comorbidités)
- Les tests de dépistage et d'évaluation (FACE, CAGE, MAST, AUDIT, etc.)
- Les stratégies d'arrêt de l'alcool et les problèmes liés au sevrage (somatiques et psychiques)

- Les protocoles de soin (sevrage, suivi, réseau)
- La psychologie du patient alcoolique
- La relation du médecin et du malade alcoolique (entretien, empathie, soutien).

Hypothèse 2 : le manque de formation n'est pas le seul facteur justifiant la faible prise en charge du problème d'alcool en médecine générale.

Si l'hypothèse est vérifiée, il faudra chercher d'autres causes ou des causes annexes au manque de prise en charge du risque perçu d'alcool, notamment dans la représentation que se font les médecins de cette maladie et dans les réactions potentielles des patients face à une investigation le plus souvent non demandée.

Dans tous les cas, il faudra s'interroger sur le rôle réel qu'on est en droit d'attendre d'un médecin généraliste dans la prise en charge du problème d'alcool chez des patients qui, en général, ne consultent pas directement pour cette raison.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Le présent mémoire a été réalisé avec l'aide de mon médecin référent de stage, expert en alcoologie dans le cadre de L'OMG (Observatoire de Médecine Générale). Il utilise les sources suivantes :

- Une base de données de Résultats de Consultations (RC).
- Un questionnaire émis auprès des médecins généralistes membres du réseau de l'OMG. L'envoi du questionnaire et le recueil des réponses ont été assurés par la SFMG via Internet.

MATÉRIEL

Base de données des Résultats de Consultations (RC) de l'OMG

L'OMG (Observatoire de Médecine Générale) a été créé au sein de la Société Française de Médecine Générale pour alimenter et exploiter une base de données de Résultats de Consultations (RC).

Une centaine de médecins généralistes participe à ce projet en enregistrant systématiquement et le

plus souvent en temps réel les résultats de chaque consultation dans le dossier électronique du malade, via un logiciel spécialisé. Ce dernier offre un langage commun standardisé. Chaque médecin transmet mensuellement les données ainsi recueillies à l'OMG qui les consolide et les valide.

Cette base de données contient aujourd'hui plus de 10 ans de résultats de consultation. **Sa fiabilité est excellente dans la mesure où le médecin ne saisit que les entités qu'il a prises en charge au cours de la consultation et dont il est sûr à 100 %**; ces entités peuvent être des symptômes, des syndromes, des tableaux cliniques ou des pathologies certifiées, suivant le niveau d'information dont il dispose au moment de la consultation.

Les résultats de consultation (RC) sont au nombre de 300. Ils ont été définis par un groupe d'experts en fonction des pathologies et motifs de consultation les plus couramment rencontrés dans les cabinets de ville (au moins 1 fois dans l'année). Les RC sont enregistrés dans le Dictionnaire des Résultats de Consultations (DRC) de la SFMG. Les critères permettant de choisir ces RC ont été également prédéfinis dans le DRC. Ces items ont une correspondance dans la classification CIM-10.

QUESTIONNAIRE

Il s'agit d'un questionnaire directif dont la plupart des réponses sont à choisir parmi une liste pré-établie. Le médecin ne devrait pas y consacrer plus de 5 minutes.

Ce questionnaire a été adressé à tous les médecins actifs du réseau de l'OMG afin de recueillir les informations suivantes :

Les formations post-universitaires

Éventuellement suivies par le praticien dans le domaine de l'alcool. 3 items :

- Suivi d'une formation (item binaire : O/N)
- Nature de la formation : autoformation, formation médicale continue, diplôme universitaire (1 ou plusieurs cases à cocher).
- Années de formation.

Les expériences professionnelles

Éventuelles dans le domaine de l'alcoologie. 2 items :

- Expérience (item binaire : O/N)
- Nature de l'expérience, consultation spécialisée, prévention collective, investissement dans une action d'alcoologie (études, groupes de parole, ateliers thérapeutiques, etc.), autre activité.

Une autoévaluation des connaissances actuelles en alcoologie

Un item : Note à s'attribuer sur une échelle visuelle analogique graduée de 1 à 6. Ce choix de 6 modalités se justifie par le fait que le sujet ne peut pas choisir (par biais de convention) le milieu de l'échelle (3,5) et doit donc se déterminer comme plutôt inférieur à la moyenne (3) ou plutôt supérieur (4).

Les connaissances à acquérir ou à approfondir

Pour améliorer le dépistage et la prise en charge des patients à risque, c'est-à-dire les domaines où, implicitement, ils se sentent le moins bien informés. 7 items (6 items binaires et 1 item ouvert). Le sujet peut cocher plusieurs cases et ajouter éventuellement un domaine absent dans la liste :

- Le produit lui-même et ses effets.
- La clinique (signes d'intoxication, symptômes de sevrage, comorbidités).
- Les outils de dépistage.
- Les protocoles de soins (sevrage, suivi, réseau).
- La psychopathologie du patient en problème avec l'alcool.
- La relation du médecin avec ces patients.
- Autre domaine (réponse ouverte).

Les facteurs (autres que la formation et l'expérience)

Susceptibles selon eux d'influencer défavorablement la prise en charge des patients alcooliques non demandeurs de soins dans ce domaine. 6 items (5 items binaires et 1 item ouvert) :

- La réticence des patients à aborder le sujet
- La réticence des médecins à aborder le sujet
- L'efficacité discutable d'une telle démarche
- Le manque de temps au cours de la consultation.
- Le manque de protocole standardisé.
- Autre facteur (réponse ouverte)

Les mêmes questions ont été posées pour le tabac. Nous ne les détaillerons pas car les données recueillies n'ont pas été traitées dans la présente étude.

Le questionnaire figure en Annexe 1.

PROCÉDURE ET LOGISTIQUE

Questionnaire

Une fois conçu, le questionnaire a été soumis à l'expertise de la SFMG afin d'adapter au mieux les questions aux représentations sémantiques des médecins généralistes. Une fois les corrections apportées, le questionnaire a été chargé sur le site Internet de la SFMG. Les 112 médecins actifs du réseau OMG ont été contactés par courrier électronique de la manière suivante :

- Un premier message à J-7 informait le médecin de l'imminence d'une « enquête flash », résumant l'objectif de l'étude et ses caractéristiques (anonymisée et globalisée, tant pour les patients que pour les praticiens).
- Un second message le jour J rappelait ces informations en insistant sur le fait que la réponse ne demanderait que 4 minutes; le médecin était invité à cliquer sur un lien l'amenant directement au questionnaire en ligne sur le site Internet de la SFMG. Le questionnaire une fois rempli était retourné à l'OMG par un simple clic sur une case d'envoi.
- Un premier message de relance a été envoyé aux non répondants à J+3.
- Un second message de relance a été envoyé à J+7.

Les réponses nous ont ensuite été transmises individuellement par message électronique, après remplacement du code médecin SFMG par un numéro anonyme.

112 médecins ont été contactés. 13 d'entre eux n'avaient renvoyé aucun RC en 2004 et pouvaient être considérés comme ayant suspendu leur activité au sein de l'OMG. Sur les 99 praticiens restant, 55 ont répondu au questionnaire dans les délais. 3 ont répondu après clôture de l'enquête.

Le ratio de répondants dans les délais (55 %) peut être considéré comme excellent, car nous leur demandions une réponse quasi-immédiate et le réseau OMG avait déjà été sollicité au cours de la même semaine pour une autre étude.

Sur les 55 répondants, nous en avons retenu 51, les autres n'ayant pas renvoyé de RC pour l'année étudiée, 2003 (probablement nouveaux partenaires affiliés en 2004).

Base de données

Parallèlement à la diffusion du questionnaire, le médecin chercheur de la SFMG en charge du pro-

jet nous a fourni les données suivantes sous forme de tables Microsoft ACCESS :

- Les 36371 résultats de consultation « addictions » (alcool, tabac et toxicomanie) de tous les médecins partenaires de l'OMG pour les années 2001, 2002 et 2003.
- Les 100851 critères détaillés ayant amené les praticiens à diagnostiquer ces RC.
- Le nombre total d'actes (tous RC confondus) réalisés par chaque médecin dans chaque année concernée.
- Le nombre total de patients différents reçus au cours de chaque année concernée, par tranche d'âge et par sexe.

Après analyse, nous avons décidé de traiter uniquement l'année 2003 et de raisonner sur le nombre de patients différents ayant fait l'objet cette année-là d'au moins 1 RC Alcool (plutôt que sur le nombre de consultations). Voici les raisons de ce choix :

- Pour prendre en compte de manière optimale l'effet du facteur Formation sur la fréquence de prise en charge du problème Alcool, la formation éventuelle devait être antérieure à l'année étudiée. Ne considérer que l'année 2003 permettra de prendre en compte les formations suivies jusqu'en 2002. Même raisonnement pour les activités professionnelles en rapport avec l'alcoologie.
- Le nombre total de patients pris en charge pour un problème d'alcool a été très stable pour les médecins ayant répondu au questionnaire et sélectionnés dans la cohorte (N = 50). En effet, la corrélation entre les prises en charge est de 93 % entre 2001 et 2002 et de 95 % entre 2002 et 2003.
- Raisonner sur les RC (et donc sur le nombre d'actes) posait le problème des patients qui consultent plusieurs fois, voire très souvent (jusqu'à 46 fois en 2003 pour le même patient et le même RC « Problème avec l'alcool »). L'objet principal de l'étude étant le dépistage et la prise en charge précoce, il nous a semblé plus juste de considérer uniquement le nombre de patients différents. Pour corriger l'effet levier des consultations multiples sur les résultats, nous aurions dû également étudier et interpréter individuellement le ratio Nombre d'actes/Nombre de patients de chaque médecin et sortir ainsi du cadre éthique de l'étude (annoncée comme anonymisée et globalisée).

RECUEIL ET TRAITEMENT DES DONNÉES

Questionnaire

Les réponses au questionnaire nous ont été retransmises individuellement par courrier électronique. Nous les avons regroupées dans une table ACCESS, indexées par N° de médecin (anonyme).

Nous avons ensuite procédé aux transformations suivantes :

Formation réelle (officielle) en alcoologie

A partir des items binaires exprimant la formation post-universitaire du praticien et les années de suivi, nous avons défini 3 niveaux de formation :

- Niveau 0 – Aucune formation post-universitaire
- Niveau 1 – Formation permanente unique (1 seule année)
- Niveau 2 – Diplôme universitaire ou formation permanente sur plusieurs années

Nous n'avons pas tenu compte des formations suivies en 2004.

Activité professionnelle en rapport avec l'alcoologie

- Niveau 0 – Aucune activité
- Niveau 1 – Activité ponctuelle ou annexe (par exemple, uniquement prévention)
- Niveau 2 – Activité importante (notamment consultation spécialisée)

Note globale Alcool

Nous avons défini cette note en additionnant le niveau de formation réelle (0, 1 ou 2) et le niveau d'activité professionnelle (0, 1 ou 2). Les modalités de cette variable sont donc 0, 1, 2, 3 et 4.

Base de données

A partir des différentes tables reçues de la SFMG, nous avons effectué les traitements suivants :

- Pour chaque médecin, calcul du ratio Nombre de patient vus en 2003 pour un RC « Problème avec l'alcool »/ Nombre total de patients vus en 2003, stocké sous forme de fréquence (entre 0 et 1).
- Il apparaît que la distribution, malgré le N = 50, s'éloigne sensiblement de la loi Normale, plus aplatie (coefficient de Kurtosis = - 0,17) à droite (coefficient d'asymétrie = 0,99). Nous avons décidé de normaliser la distribution en raisonnant sur les quartiles (Détail en annexe 2).

VALIDATION DE L'ÉCHANTILLON DES RÉPONDANTS

Nous devons vérifier si le nombre de questionnaires retournés est suffisant pour mener une étude valide.

Nous allons contrôler si l'échantillon constitué par les médecins ayant répondu au questionnaire est représentatif de la population des médecins contactés en ce qui concerne la fréquence de prise en charge du problème d'alcool.

	Fréquence moyenne de prise en charge Alcool
Echantillon des répondants sélectionnés (n=50)	1,08%
Population des médecins contactés et ayant enregistré des RC en 2003 (N=83)	0,99%

Tableau 1 : Fréquence de prise en charge du RC Alcool

Au niveau descriptif, nous pouvons observer que la fréquence moyenne de prise en charge du problème d'alcool dans la population (0,99 %) est inférieure à celle de l'échantillon (1,08 %).

Cette différence est-elle significative ?

Dans la mesure où nous connaissons d'une part la distribution d'échantillonnage et, d'autre part la moyenne et l'écart type de la population, nous pouvons calculer directement la statistique Z :

$P(Z > \mu) =$	0,19
Test Z =	0,86

Test Z = 0,86 signifie que la moyenne de l'échantillon se situe à 0,86 écart-type au-dessus de la moyenne de la population.

$P(Z > \mu) = 0,19$. La probabilité pour qu'un échantillon de taille n tiré au hasard dans la population ait une moyenne supérieure à celle de l'échantillonnage observé est de 0,19; très supérieure donc au seuil unilatéral au minimum de 0,025 nécessaire pour déclarer les deux groupes signifi-

cativement différents.

Dans le cadre de l'inférence combinatoire, nous pouvons dire que le groupe d'observation (l'échantillon des médecins ayant répondu au questionnaire et sélectionnés dans la cohorte de l'étude) ne diffère pas significativement de la population des médecins contactés et ayant enregistré des RC en 2003.

L'échantillon (N = 50) peut donc être considéré comme représentatif de la population. Dans la suite de l'étude, nous pourrions raisonner sur cet échantillon à l'aide de calculs descriptifs.

RÉSERVES

N'ayant aucune information sur les médecins composant la cohorte, nous admettons dans cette étude que :

- La fréquence des patients susceptibles de rencontrer un problème d'alcool est constante pour tous les praticiens, quels que soient leur région et leur milieu d'exercice.
 - L'effet des facteurs âge, sexe et durée d'exercice des praticiens sur la prise en charge est nul (ou plutôt uniformément réparti).
- De même, nous n'analyserons pas ici la différence éventuelle de prise en charge des patients alcooliques en fonction de leur âge et de leur sexe.
- Tous les médecins enregistrent les RC, notamment le RC Alcool, avec le même soin.
 - Que les praticiens dont une partie de la clientèle n'est pas directement concernée par les problèmes d'alcool (pédiatrie) n'influenceront pas de manière significative les résultats.

Deux autres réserves, plus générales, doivent être formulées :

- Lorsque le médecin informe brièvement un malade sur les consommations d'alcool à risque ou lui prodigue un simple conseil de modération, il est vraisemblable qu'il n'enregistre pas systématiquement un RC Alcool pour ce patient. Nous admettons néanmoins que tous les médecins adoptent la même attitude envers l'enregistrement de ces RC.

Pour cette raison, nous n'attacherons pas une trop grande importance aux chiffres absolus de fréquence de prise en charge du RC Alcool ; nous analyserons plutôt les différences de prise

en charge d'un praticien à l'autre.

- La cohorte des médecins n'a pas été sélectionnée par randomisation à partir d'un large panel de médecins généralistes. Tous les praticiens retenus pour l'étude sont des partenaires actifs et volontaires de l'OMG. Ils forment donc un groupe qui n'est peut-être pas totalement représentatif de l'ensemble des médecins généralistes français.

RÉSULTATS

Comme annoncé dans la section précédente, tous les résultats de cette étude seront déterminés à partir de l'échantillon des médecins ayant répondu au questionnaire et enregistré des RC en 2003 (N = 50).

Pour l'année 2003, les chiffres correspondant aux 50 médecins sélectionnés sont les suivants :

- 77 600 patients différents ont été vus au total.
- 879 patients ont fait l'objet d'un RC « Problème avec l'alcool »¹⁹

GÉNÉRALITÉS

Place du RC Alcool dans la consultation de Médecine générale

L'alcool est rarement le seul objet de la visite.

	Nombre de consultations
RC Alcool uniquement	2013 (16%)
RC Alcool + autres RC associés	10593 (84%)

Tableau 2: Résultats de consultation Alcool (2003)

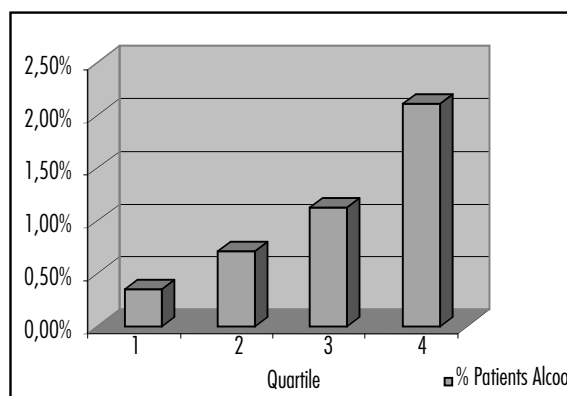
Seulement 16 % des consultations effectuées en 2003 par les médecins de l'OMG et ayant donné lieu à l'enregistrement d'un RC Alcool avaient la problématique alcoolique pour unique motif de la visite. Plus de 4 consultations sur 5 ont fait l'objet d'autres RC associés au RC Alcool.

Ce résultat tendrait à confirmer que les patients consultent rarement pour leur problème d'alcool, mais le plus souvent pour des comorbidités qui lui sont associées.

Les chiffres confirment la faible prise en charge du problème Alcool et de grandes différences entre praticiens.

Moyenne	Nb de patients « Alcool »	Nb de médecins	Nb moyen de patients/médecin
1,08%	879	50	17

Tableau 3 : Fréquence globale d'enregistrement d'un RC Alcool



Graphique 2 : Fréquence de prise en charge de patients avec un RC Alcool

Tous médecins confondus, la fréquence moyenne des patients pris en charge avec un RC « Problème avec l'alcool » est de 1,08 %.

Ce chiffre est bien sûr très en deçà des valeurs moyennes estimées en population générale: une étude récente estime à 5 millions de personnes le nombre de personnes ayant une consommation problématique d'alcool²⁰, soit environ 9 % de la population de plus de 15 ans.

Remarque: D'un point de vue méthodologique, comme nous l'avons déjà signalé, ce résultat pourrait être discuté, car nombre de médecins font sans doute des remarques ou des recommandations brèves aux patients concernant leur consommation sans pour autant enregistrer systématiquement un RC « Problème avec l'alcool ». Nous formerons ici l'hypothèse que tous les praticiens ont le même comportement quant à l'enregistrement de ce RC et nous analyserons principalement les différences de prise en charge entre médecins plutôt que les fréquences en elles-mêmes.

Quartile	f moyenne	Nb patients « Alcool »	Nb de médecins	Nb moyen de patients « Alcool » / médecin
1	0,35%	71	13	5
2	0,71%	133	12	11
3	1,13%	185	12	15
4	2,11%	490	13	37

Tableau 4 : Fréquence de prise en charge de patients avec un RC Alcool

Si nous considérons la répartition de la prise en charge par quartile, nous voyons que 25 % des généralistes ont vu moins de 5 patients (0,35 %) avec une problématique d'alcool en 2003.

Dans le quartile supérieur, les médecins ont enregistré un RC Alcool pour 2,11 % des consultants (37 patients en moyenne). C'est 7 fois plus que les médecins appartenant au premier quartile.

La différence entre les deux quartiles extrêmes est donc importante. Il n'en reste pas moins que la fréquence de prise en charge la plus élevée est très inférieure aux statistiques attendues.

Dans la suite de l'étude, nous allons essayer d'analyser les facteurs à la base de ces faibles résultats.

Comparaison du groupe des répondants à celui des non répondants

Nous constatons que la fréquence de prise en charge des patients alcooliques est globalement meilleure pour les médecins ayant répondu au questionnaire.

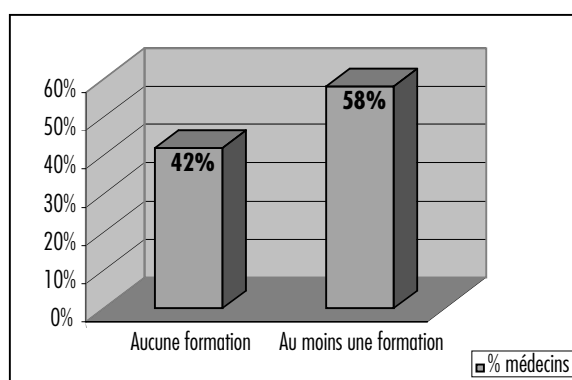
Fréquence moyenne de prise en charge de patients « alcool » par les répondants	1,08%
Fréquence moyenne de prise en charge de patients « alcool » par les non répondants	0,87%

Tableau 5 : Comparaison des répondants et non répondants pour la fréquence moyenne de prise en charge de RC "Alcool"

Nous ne tirerons aucune conclusion hâtive concernant ce phénomène ; nous nous contenterons de le noter. Cela pourrait peut-être confirmer les dimensions affectives et subjectives associées à la prise en charge de la problématique Alcool.

Formation en alcoologie des médecins répondants

Sur les 50 répondants, 29 (58 %) affirment avoir reçu une formation spécifique en alcoologie avant 2004. 11 (38 %) d'entre eux ont suivi une formation unique antérieure à 2000. 2 ont suivi une formation unique en 2003²¹. Enfin, 8 médecins (27 %) ont suivi plusieurs formations.



Graphique 3 : Médecins formés en alcoologie vs médecins non formés

La formation médicale continue est très majoritaire. Seuls 2 médecins déclarent avoir suivi une formation universitaire en alcoologie²².

Type de formation	Nb médecins	%
Formation permanente	27	93 %
Formation universitaire	2	7 %
Plusieurs formations (années différentes)	8	27 %

Tableau 6 : Types de formations réalisés par les médecins

Activité professionnelle en alcoologie des répondants

15 médecins (30 %) déclarent exercer ou avoir exercé une activité en rapport avec l'alcoologie (autre que leur pratique courante en consulta-

tion). Sur ces 15 médecins, 12 avaient suivi une formation spécifique en alcoologie.

Type d'activité	Nb médecins	Pourcentage
Consultation spécialisée	3	20 %
Prévention collective	5	33 %
Etude, groupes de paroles, ateliers, etc.	8	53 %
Autres	9	60 %

Tableau 7 : Type d'activité des médecins

Les « autres activités » concernent principalement l'enseignement et l'appartenance à un réseau de santé ou à des commissions/programmes d'étude.

Synthèse Formation/Activité professionnelle en alcoologie

Dans la partie Recueil et traitement des données, nous avons défini une note à partir des données binaires extraites du questionnaire relatives à la formation et à l'expérience des médecins.

Cette note a été établie ainsi :

- Calcul d'une note pour la formation post-universitaire en alcoologie (avant 2004) :
 - 0 – Aucune formation post-universitaire
 - 1 – Formation permanente unique (1 seule année)
 - 2 – Diplôme universitaire ou formation permanente sur plusieurs années
- Calcul d'une note pour l'activité professionnelle en rapport avec l'alcoologie :
 - 0 – Aucune activité
 - 1 – Activité ponctuelle ou annexe (par exemple, uniquement prévention)
 - 2 – Activité importante (notamment consultation spécialisée)
- Calcul d'une note globale « Alcool » qui synthétise la formation et l'expérience :
 - Comprise entre 0 et 4, cette note est la somme des deux précédentes.

Note globale	Note formation	Note activité	Nb médecins	% médecins
0	0	0	18	36 %
1	0	1	3	6 %
1	1	0	15	30 %
2	1	1	3	6 %
2	2	0	2	4 %
3	1	2	3	6 %
4	2	2	6	12 %

Tableau 8 : Note Globale = Note de formation + Note d'activité

On remarque à ce stade une forte corrélation entre l'exercice d'une activité en alcoologie et le fait d'avoir suivi une formation dans ce domaine : Seuls 3 médecins exerçant une telle activité n'ont pas reçu de formation spécifique.

Le mode de la distribution (18 sujets) est représenté par les médecins n'ayant ni formation, ni activité professionnelle en alcoologie.

Vient ensuite le groupe des médecins ayant suivi une formation ponctuelle et n'ayant exercé aucune activité spécifique en alcoologie (15 sujets).

Presque 3 médecins sur 4 n'ont donc suivi aucune formation en alcoologie ou bien une formation ponctuelle et n'ont jamais exercé d'activité professionnelle spécifique dans ce domaine (autre que leur pratique quotidienne en consultation).

Niveau ressenti de formation/expérience : autoévaluation

Nous avons demandé à chaque médecin d'évaluer lui-même ses connaissances actuelles en alcoologie (formation et expérience) sur une échelle visuelle analogique graduée de 1 (insuffisamment informé) à 6 (très bien informé).

Les praticiens s'estiment-t-ils suffisamment informés pour assurer de manière optimale une prévention, un dépistage et une prise en charge précoce des patients à risque ?

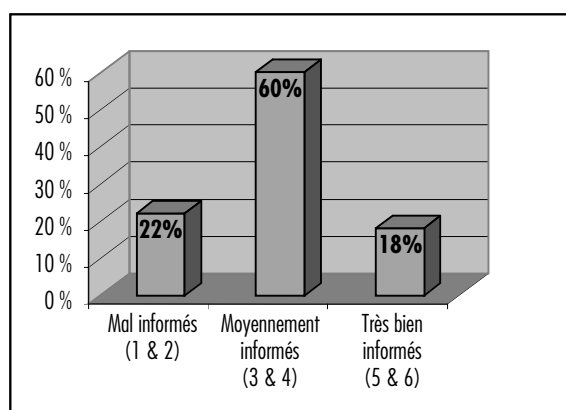
Note sur 6	Nb de sujet(s)	Pourcentage de sujets
1 (insuffisamment informé)	1	2 %
2	10	20 %
3	8	16 %
4	22	44 %
5	7	14 %
6 (très bien informé)	2	4 %

Tableau 9 : Autoévaluation par les médecins de leurs compétences actuelles en alcoologie (note de 1 à 6)

En général, les médecins s'estiment donc plutôt bien informés : près de 2 praticiens sur 3 (62 %) se sont attribués une note supérieure à la moyenne.

Le mode de la distribution se situe à la note 4, un peu au-dessus de la moyenne. Un seul médecin s'estime insuffisamment informé. Deux médecins se sont attribués la note maximale, 6/6.

Concernant les valeurs centrales, le fait que 44 % des praticiens s'estiment « un peu mieux informés que la moyenne » (note 4) contre 16 % « un peu moins bien informés que la moyenne » (note 3) pourrait dénoter une certaine confiance en soi pour prendre en charge la problématique Alcool.



Graphique 4 : Répartition de la cohorte suivant l'auto-évaluation de leurs connaissances en alcoologie

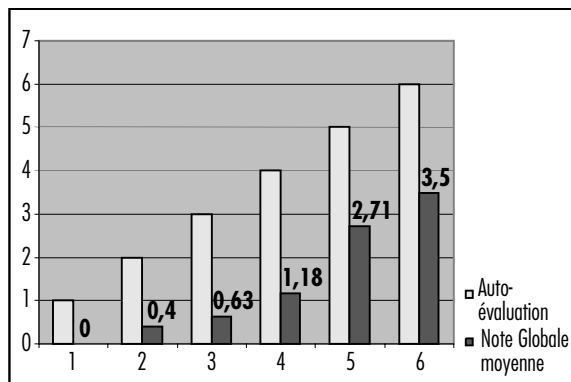
Corrélation entre formation/expérience réelle et autoévaluation

Nous allons établir une correspondance entre la note auto-attribuée par le médecin et la Note Globale Alcool calculée par nos soins à partir des

données retournées dans le questionnaire. Le tableau suivant montre la répartition des médecins par Note d'Autoévaluation ainsi que la Note Globale Alcool moyenne (formation + expérience) obtenue par ces médecins.

Note d'autoévaluation	Nb sujets	Note Globale Moyenne correspondante
1	1	0
2	10	0,40
3	8	0,63
4	22	1,18
5	7	2,71
6	2	3,50

Tableau 10 : Comparaison entre Note d'autoévaluation et Note Globale Alcool moyenne (calculée à partir des formations/expériences réelles)



Graphique 5 : Auto-évaluation/Note globale calculée

Nous pouvons constater visuellement une bonne proportionnalité entre la note autoévaluée et la note globale moyenne calculée.

Cette impression est confirmée par le calcul du coefficient de Bravais-Pearson, égal à 0,95, indice d'une forte corrélation entre ces deux variables.

Les médecins sont donc particulièrement conscients de leur niveau réel de compétences en alcoologie.

A l'issue de ces résultats généraux, nous pouvons constater que :

- Les chiffres fournis par la SFMG pour l'année

2003 confirment la faible prise en charge en Médecine Générale des patients ayant un problème avec l'alcool.

- Plus de la moitié des médecins (58 %) ayant répondu au questionnaire ont suivi après leurs études initiales une formation complémentaire en alcoologie, mais souvent unique et plutôt ancienne (30 % des cas).

- Moins d'1 médecin sur 3 (30 %) exerce ou a exercé une activité professionnelle spécifique en alcoologie.

- Quand on leur demande d'autoévaluer leur niveau de connaissance en alcoologie, 2 médecins sur 3 s'estiment plutôt mieux informés que la moyenne pour prévenir et dépister les patients à risque pendant leur consultation.

- Les médecins s'avèrent très conscients de leur niveau de connaissance en alcoologie : la note qu'ils s'autoattribuent est fortement corrélée avec la note calculée à partir de leurs formations/expériences réelles.

Nous allons maintenant essayer de vérifier les hypothèses relatives aux facteurs empêchant une meilleure prise en charge.

HYPOTHÈSE 1 :

INFLUENCE DE LA FORMATION/EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE SUR LA PRISE EN CHARGE

Hypothèse 1 : les médecins généralistes ayant reçu une formation spécifique en alcoologie et/ou ayant exercé des activités dans ce domaine et/ou s'estimant très bien informés aborderont plus souvent le problème d'alcool avec leurs patients que les médecins non formés ou s'estimant mal informés.

Hypothèse opérationnelle : Existence d'une corrélation positive entre le niveau de formation/expérience du praticien et sa fréquence de dépistage et de prise en charge de patients avec un problème d'alcool.

Variables indépendantes : Note de formation, Note d'activité, Note d'autoévaluation

Variable dépendante : % de patients avec un problème d'alcool.

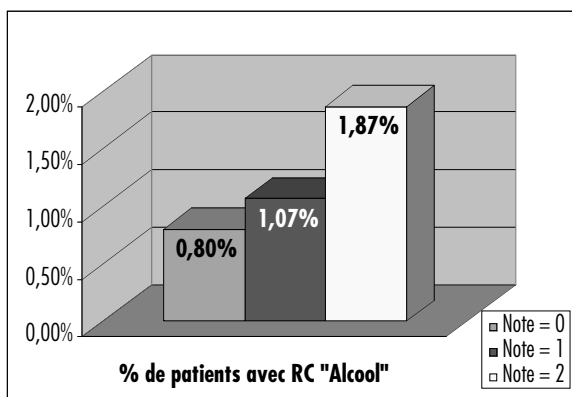
Influence de la formation

Globalement, les médecins ayant reçu une formation en alcoologie assurent une prise en charge plus fréquente que les médecins n'ayant aucune formation.

Note de formation	Nb de médecins	Pourcentage de patients avec RC « Alcool »
0	21	0,80%
1	21	1,07%
2	8	1,87%

Tableau 11 : Influence de la formation sur la prise en charge

La différence de prise en charge entre les sujets non formés et les sujets peu formés n'est toutefois pas significative.



Graphique 6 : Fréquence de prise en charge par note de formation

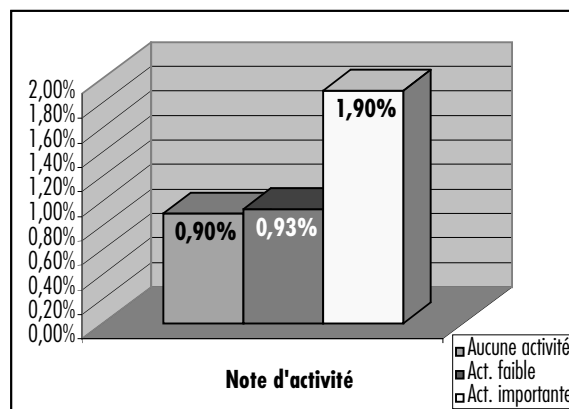
Les médecins très bien formés assurent une prise en charge significativement plus fréquente que les médecins pas ou moyennement formés (1,87 % vs 0,94 %, p < 0,005).

Influence d'une activité professionnelle spécifique en alcoologie

Les médecins ayant eu une activité professionnelle importante en alcoologie (note = 2) assurent une prise en charge significativement plus fréquente du problème Alcool que les médecins n'ayant aucune activité spécifique ou une activité faible dans ce domaine (1,80 % vs 0,92 %, p < 0,005).

Note d'activité	Pourcentage de patients avec RC « Alcool »
0	0,90%
1	0,93%
2	1,90%

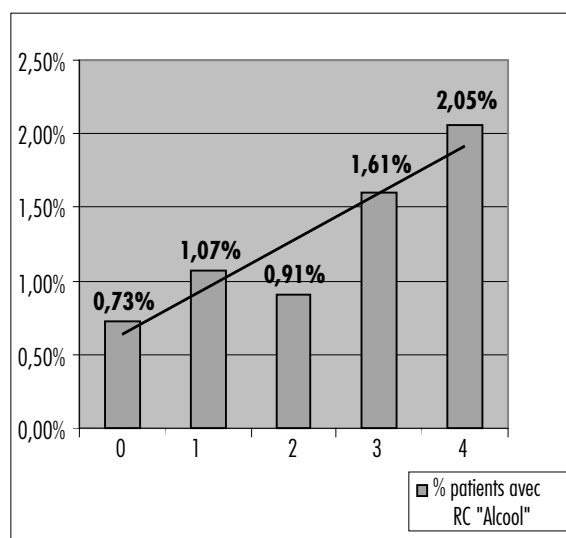
Tableau 12 : Influence de la Note d'activité sur la prise en charge



Graphique 7 : Influence de la note d'activité sur la prise en charge

Influence combinée des facteurs Formation et Activité professionnelle

La courbe de tendance montre que la prise en charge du praticien augmente en même temps que sa note globale. Les effets des facteurs « Formation » et « Activité » s'ajoutent.



Graphique 7 : Influence de la Note globale (formation + activité) sur la prise en charge

Remarque : La note « 2 » fait exception. Il y a deux façons de l'obtenir :

- soit une formation importante et aucune activité spécifique en alcoologie
- soit une formation ponctuelle et une activité faible

Note globale	Note de formation	Note d'activité	Nb médecins	% de patients avec RC « Alcool »
2	1	1	3	0,64 %
2	2	0	2	1,32 %

Tableau 13 : Cas particulier de la note globale « 2 »

Il y a une très grande différence de prise en charge entre les médecins ayant une formation importante sans activité et les praticiens possédant une formation et une expérience faibles.

Cela confirme le fait que seule(s) une formation et/ou une activité importante(s) ont un effet significatif sur la prise en charge.

Il faut noter également que le nombre de médecins obtenant cette note est très faible et que cette classe comporte un médecin atypique n'ayant vu qu'un seul patient alcoolique dans l'année.

Influence de la note d'autoévaluation

Nous avons vu que les variables Note globale Alcool (calculée à partir de la formation et de l'expérience professionnelle du médecin) et Note d'autoévaluation (auto-attribuée par le médecin) étaient fortement corrélées (coefficient = 0,96).

Dans la suite des calculs, nous utiliserons la Note d'autoévaluation, plus chargée de sens pour les médecins que la Note globale Alcool.

Significativité de l'effet induit par les variables Formation et Activité

Pour savoir si la formation/expérience a une réelle influence sur le score de prise en charge du médecin, nous allons comparer trois groupes :

- Groupe 1 : les médecins s'estimant peu ou insuffisamment informés (note d'autoévaluation = 1 ou 2)
- Groupe 2 : les médecins s'estimant moyennement informés (note d'autoévaluation = 3 ou 4)
- Groupe 3 : les médecins s'estimant très bien informés (note d'autoévaluation = 5 ou 6)

En calculant la variable de test Z, nous obtenons les résultats suivants :

Test Z Grp	Note auto-évaluation	Nombre médecins	Fréq. prise en charge	Z	p ($Z > \mu$)
Mal informé	1 ou 2	11	0,65%	-1,47	0,075
Moyen	3 ou 4	30	0,97%	-0,79	0,215
TB informé	5 ou 6	9	1,96%	3,57	0,001

Tableau 14 : Test Z sur les trois groupes

Nous pouvons en déduire que le groupe des médecins mal informés en alcoologie (Note 1 ou 2) n'est pas atypique à $p = 0,05$ de l'ensemble de la cohorte en matière de prise en charge de la problématique Alcool en consultation. La fréquence de prise en charge de ce groupe est néanmoins très inférieure à celle des médecins moyennement informés.

Par contre, le groupe des médecins très bien informés (Note 5 ou 6) est fortement atypique de l'ensemble de la cohorte en matière de prise en charge de la problématique Alcool en consultation, dans le sens des valeurs élevées (3,57 écarts-type au-dessus de la fréquence moyenne de prise en charge).

Validation de l'hypothèse

L'hypothèse 1 est vérifiée au plan descriptif: les médecins ayant reçu une formation spécifique en alcoologie et/ou ayant exercé des activités dans ce domaine assureront une meilleure fréquence de prise en charge des patients présentant un problème d'alcool que les médecins non formés ou s'estimant mal informés.

Néanmoins, le groupe des médecins non formés/informés ou ayant une formation/expérience faible n'est pas significativement différent de l'ensemble de la cohorte en matière de prise en charge du problème d'alcool.

Seul le groupe des médecins s'estimant très bien informés se révèle atypique: la fréquence de prise en charge du problème alcool est alors significativement supérieure à celle du reste de la cohorte (1,96 % vs 0,89 %, $p < 0,005$).

La fréquence moyenne de prise en charge du problème Alcool par les médecins très bien informés

(2,05 %) reste toutefois très inférieure aux chiffres de l'alcool en France (9 % de la population des plus de 15 ans a une consommation excessive). Malgré les réserves émises dans la section consacrée à la validation de l'échantillon, nous pourrions donc supposer que la formation/expérience n'est pas le seul facteur justifiant la faiblesse de la prise en charge.

Discussion sur la formation

Par le biais du questionnaire, nous avons demandé aux médecins d'indiquer les domaines où un complément de formation/information leur permettrait de mieux dépister et prendre en charge les patients à risque.

Parmi les lacunes que se reconnaissent les médecins en matière de formation et d'expérience, nous observons les résultats suivants²³ :

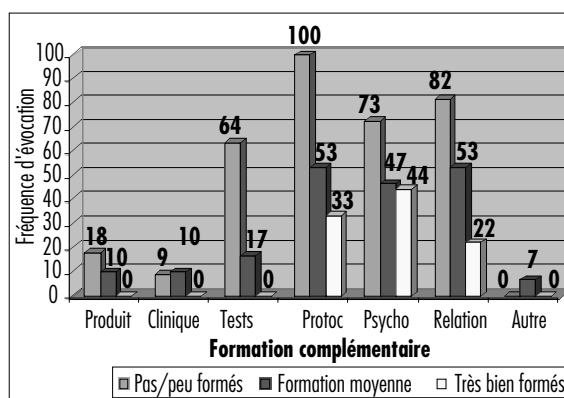
Produit	Clinique	Tests de dépistage	Protocoles de soins	Psycho-pathologie	Relation avec le patient	Autre
10 %	8 %	24 %	60 %	52 %	54 %	4 %

Tableau 15 : Lacunes de formation signalées par les praticiens (en global)

Pour discuter certains critères, nous avons réparti la cohorte par niveau d'information, sur les mêmes critères qu'à la section précédente : Les médecins mal informés (Groupe 1), moyennement informés (Groupe 2) et très bien informés (Groupe 3).

Grpe	Produit	Clinique	Tests de dépistage	Protocoles de soins	Psycho-pathologie	Relation avec le patient	Autre
1	18%	9%	63%	100%	72%	81%	0%
2	10%	10%	16%	53%	46%	53%	7%
3	0%	0%	0%	33%	44%	22%	0%

Tableau 16 : Lacunes de formation signalées par les praticiens (par niveau d'information)



Graphique 8 : Lacunes de formation par niveau (en %)

Globalement :

- Ce sont les médecins les moins bien informés qui signalent le plus grand nombre de formations complémentaires utiles à une meilleure prise en charge du problème Alcool. Ici encore, les praticiens montrent qu'ils sont parfaitement conscients de leurs lacunes et savent les analyser.
- Les protocoles de soins viennent en tête des lacunes de formation (cités par 60 % des médecins). Ces protocoles (élaborés dans les Conférences de Consensus, les Lignes Directrices et les Recommandations pour la Pratique Clinique²⁴) concernent la connaissance et l'accompagnement du syndrome de sevrage, les risques somatiques liés à ce syndrome, les réseaux de soins, etc. Les médecins très bien informés sont encore 33 % à signaler cette lacune. On pourrait donc penser que ce domaine est plutôt mal enseigné et reste flou même pour les mieux informés. 100 % des médecins s'estimant mal informés signalent une lacune dans la connaissance de ces protocoles. C'est plutôt inquiétant lorsqu'on pense notamment aux risques somatiques potentiels d'un sevrage sans contrôle.
- Les relations avec le patient occupent la seconde place dans les compléments de formation souhaités. Citée par 81 % des médecins mal informés, cette connaissance reste à améliorer par 22 % des médecins très bien informés. Cette différence de pourcentage entre médecins s'estimant bien ou mal informés montre que la relation thérapeutique n'est pas obligatoirement une qualité naturelle et qu'elle peut être améliorée par la formation, notamment au niveau de la confiance en soi et de la légitimité pour interve-

nir sur un terrain que tout le monde s'accorde à trouver difficile.

- Le fait que 22 % des médecins très bien informés citent encore cette lacune tendrait à montrer que certains programmes de formation en alcoologie ne donnent pas une place prépondérante à la relation thérapeutique avec les patients et/ou n'incluent pas de stage pratique suffisant dans une unité spécialisée.

Mais tout ne s'apprend pas. Au-delà de la formation, un gros travail reste sans doute à faire au niveau des représentations personnelles et sociales du médecin envers l'alcool et le malade.

- La psychopathologie du patient alcoolique est au 3^{ème} rang des demandes de formation. Cité par 70 % des praticiens les moins bien informés, elle reste évoquée par 44 % des médecins les mieux informés. Comme pour la relation thérapeutique, cela confirme bien sûr l'utilité d'une formation complémentaire dans ce domaine, mais également la nécessité d'une évolution des représentations.

Il est évident que la relation thérapeutique et la psychopathologie du patient débordent largement le cadre de l'alcoologie. De plus, aucune recherche n'a pu établir de corrélation indiscutable et directe entre la maladie alcoolique et des traits psychologiques particuliers.

Mais une formation dans ce domaine peut se révéler particulièrement intéressante pour lever les préjugés qui pèsent souvent sur ces patients : par exemple ne plus confondre déni de consommation et mensonge, honte et hypocrisie, perte de maîtrise et manque de volonté, etc.

- Les formations médicales ou techniques sont citées beaucoup moins fréquemment. Aucun des médecins très bien formés n'est demandeur d'un enseignement sur les effets du produit, la clinique de l'alcoolisme ou les tests de dépistage. Ces derniers semblent pourtant nettement moins connus des médecins mal ou moyennement informés.

Cela laisse à penser que les tests de dépistage font partie des enseignements couramment dispensés dans les formations d'alcoologie.

C'est d'autant plus important que certains tests présentent de très bonnes qualités psychométriques pour dépister les buveurs à risque et sont très faciles d'utilisation. Par exemple, les 4 questions simples du test DETA²⁵ (CAGE en anglais) peuvent être posées oralement pendant la consul-

tation et s'intègrent parfaitement dans un entretien de santé. Le test AUDIT²⁶ à 10 items est également très fiable pour dépister les buveurs excessifs mais, pour plusieurs raisons (manque de temps, manque d'unanimité sur les effets induits), son utilisation s'avère difficile en consultation.

HYPOTHÈSE 2 : AUTRES FACTEURS QUE LA FORMATION/EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE INFLUENÇANT LA PRISE EN CHARGE

Hypothèse 2 : le manque de formation/expérience n'est pas le seul facteur expliquant la faible prise en charge du problème d'alcool en médecine générale.

Hypothèse opérationnelle : Certains facteurs auront un effet minorant sur le score de prise en charge des praticiens, et ceci indépendamment du facteur Formation/expérience.

Dans le questionnaire, nous avons demandé aux médecins d'indiquer les facteurs qui, selon eux, rendaient difficile l'abord du problème d'alcool avec les patients à risque.

Voici leurs réponses :

Réticence du patient	Réticence du médecin	Inutilité de la démarche	Manque de temps	Absence de protocoles standard	Autres
58%	44%	14%	52%	14%	8%

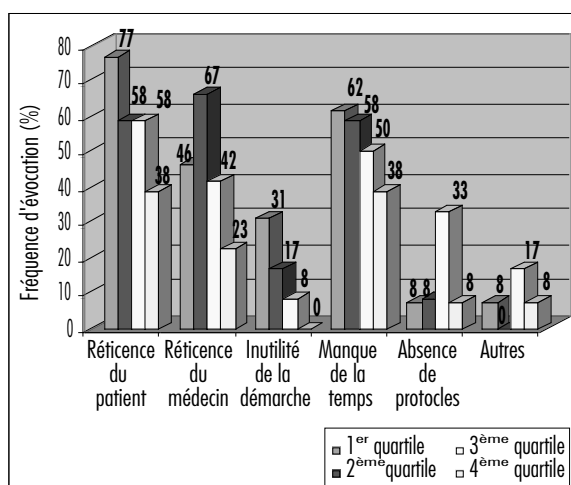
Tableau 17 : Facteurs de difficulté - réponses globales de la cohorte

Ce tableau montre que trois difficultés viennent largement en tête, citées par environ 1 médecin sur 2 :

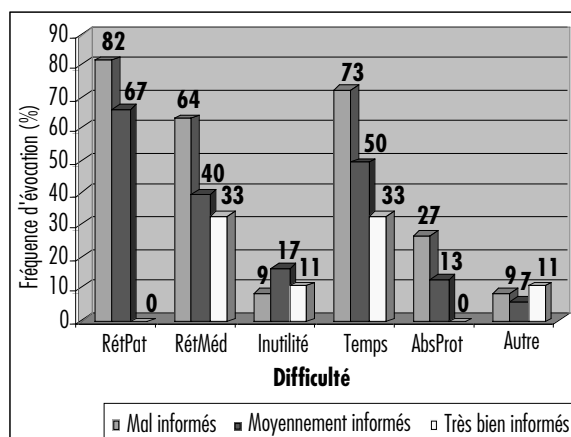
- La réticence du patient à parler d'alcool avec son médecin (58 %)
- Le manque de temps (52 %)
- La réticence du médecin à aborder le problème de l'alcool avec son patient (44 %)

L'inutilité d'une démarche de prévention ou de mise en garde arrive très loin derrière, ex æquo avec l'absence de protocoles standard (14 %).

Pour analyser certains chiffres, nous ventilerons les réponses par quartile, le groupe 1 étant composé des 25 % de médecins qui assurent la prise en charge Alcool la moins fréquente et le groupe 4 les 25 % de médecins qui assurent la prise en charge la plus fréquente.



Graphique 4 : Lacunes de formation par niveau (en %)



Graphique 5 : Difficultés par niveau d'information (auto-évaluation)

Réticence des patients

C'est de loin le facteur le plus fréquemment évoqué par les médecins assurant la plus faible fréquence de prise en charge (76 %). Son évocation décroît avec cette dernière mais reste néanmoins élevée chez les praticiens assurant les meilleurs scores de prise en charge (38 %).

Cité par aucun des médecins très bien informés, la difficulté est évoquée par 82 % des praticiens mal informés et 60 % des moyennement informés.

Ce facteur est donc dépendant de la formation, à condition que cette dernière soit importante ; une formation ponctuelle n'a que peu d'effet sur la résolution de cette difficulté.

La réticence du patient reste néanmoins citée par 38 % des médecins assurant les meilleurs scores de prise en charge (4^{ème} quartile). En combinant les facteurs Formation et Fréquence de prise en

charge, nous pourrions avancer l'explication suivante :

- Le fait de croire qu'un malade soit gêné d'aborder le problème d'alcool avec son médecin est un présupposé. En effet, ce sont les 77 % de praticiens signalant cette difficulté comme majeure qui assurent la prise en charge la moins fréquente (1^{er} quartile). Ils n'ont donc pas forcément vérifié dans leur pratique et sur une longue période le bien-fondé de cette affirmation.
- Une formation ponctuelle ne fait pas changer le médecin d'avis. Seule une formation importante, induisant par la suite une meilleure fréquence de prise en charge, permet aux praticiens de prendre conscience que la réticence du patient à parler de ses problèmes d'alcool est un préjugé sans réel fondement.

Réticence du médecin

Ce facteur occupe globalement la 3^{ème} position des difficultés freinant la prise en charge des patients ayant un problème avec l'alcool. Son évocation décroît avec le niveau d'information et avec la fréquence de prise en charge.

Contrairement à la réticence du patient, celle du praticien cède devant une formation même faible. Evoquée par 82 % des médecins mal informés, elle n'est plus citée que par 40 % des moyennement informés. Les médecins les mieux informés l'évoquent encore à 38 %, ce qui démontre le peu d'effet d'une formation très importante sur ce facteur.

Ce résultat pourrait signifier que la réticence du médecin est due principalement à un manque de confiance dans ses capacités à prendre en charge la problématique. Comme nous l'avons déjà évoqué à deux reprises, l'effet principal de la formation/information en alcoologie semble être, plus qu'un apport de connaissances, un gain de confiance en soi pour aborder le problème d'alcool avec le patient.

Mais cette difficulté reste tout de même citée par 38 % des médecins les mieux informés et par 23 % des médecins ayant le meilleur score de prise en charge. Cela signifie qu'elle est tout de même partiellement indépendante de la formation et qu'elle touche des sphères subjectives et affectives, par exemple les représentations personnelles du praticien envers l'alcool et envers les patients

qui en consomment de manière excessive.

Manque de temps

Ce facteur est la seconde source de difficulté indiquée par la cohorte. Son évocation décroît avec le score de prise en charge. Ce sont les médecins dont le score est le plus faible qui l'évoquent le plus souvent (61 %). Les médecins très bien informés l'évoquent également moins souvent (33 %) que les moyennement informés (73 %).

Il est normal que les médecins assurant la prise en charge la plus fréquente évoquent moins souvent ce facteur, dans la mesure où ils prennent le temps d'investiguer le problème.

Mais, logiquement, manquer ou non de temps semble tout à fait indépendant du niveau de formation. Il conviendrait donc d'approfondir la raison pour laquelle les médecins les mieux formés disposent de plus de temps que les autres.

Nous pourrions avancer l'hypothèse que les médecins les moins bien informés ont des représentations erronées concernant la prise en charge du problème Alcool en consultation (100 % d'entre eux avouant des lacunes dans la connaissance des protocoles de soins) et n'imaginent pas qu'une intervention brève (quelques minutes), un rappel des normes de consommation à moindre risque, voire même un simple conseil, puissent avoir des effets positifs sur le comportement de boisson de nombreux patients.

Néanmoins, le fait que 38 % des médecins les mieux informés et 38 % de ceux qui assurent le meilleur score de prise en charge évoquent encore cette difficulté montre que le manque de temps est un facteur de difficulté bien réel.

Inutilité de la démarche

L'évocation de l'inutilité des interventions pendant la consultation est inversement proportionnelle au score de prise en charge. Cité par 30 % des médecins du 1^{er} quartile (moins bon score), ce facteur n'est plus évoqué par aucun des praticiens du 4^{ème} quartile.

Parallèlement, le niveau de formation/information ne semble pas avoir d'effet spécifique. Ce sont les médecins moyennement informés qui l'évoquent le plus souvent (17 %).

Ce facteur fait à l'évidence partie des présupposés

concernant le psychisme et le comportement des patients en problématique avec l'alcool.

Le préjugé concernant la réticence du patient à aborder le problème de l'alcool cédait en grande partie après une formation importante. Ce n'est pas le cas ici : le présupposé voulant que les interventions envers ces patients sont inutiles ne cède pas après une formation, même si cette dernière est importante.

Par contre, aucun des médecins ayant les meilleurs scores de prise en charge n'évoque plus ce problème. C'est donc en pratiquant ces interventions de prévention et de dépistage que le praticien prend conscience de l'utilité de sa démarche.

Avec la réticence du patient, l'inutilité de la démarche apparaît clairement comme un présupposé ayant un effet négatif sur la prise en charge des patients avec un problème d'alcool.

Absence de protocole standard

A l'inverse des autres difficultés, ce facteur « objectif » est évoqué plus souvent (20 %) par les médecins assurant la meilleure prise en charge que par l'autre moitié (8 %). Cité par aucun des médecins très bien formés, ce facteur peut être considéré comme dépendant directement du niveau de formation/information.

Nous pouvons dire que la difficulté ne provient pas de l'absence de protocoles standard, mais de la méconnaissance de ces derniers.

Autres difficultés

Les autres facteurs cités dans le questionnaire comme susceptibles d'agir défavorablement sur la prise en charge des patients ayant un problème d'alcool sont les suivants :

Autres difficultés

– Manque de politique cohérente de santé publique (2 praticiens)

– Non rémunération (1 praticien)

– Le peu d'alcooliques "classiques" rend maintenant plus difficile le dépistage de l'alcoolique caché (1 praticien)

Il est étonnant qu'aussi peu de médecins (4/50) aient évoqué ces difficultés, car elles semblent se situer logiquement au cœur du débat. On peut en

fait penser qu'elles reflètent ce que beaucoup pensent sans vraiment le dire.

Validation de l'hypothèse

Certains facteurs de difficulté (réticence du praticien, inutilité de la démarche, manque de temps) ont un effet propre sur le score de prise en charge des patients alcooliques et sont partiellement indépendants du facteur Formation/expérience.

L'hypothèse 2, stipulant que le manque de formation/expérience n'est pas le seul facteur justifiant la faible prise en charge du problème d'alcool en médecine générale est donc vérifiée.

DISCUSSION ET SUGGESTIONS

L'analyse des difficultés évoquées par les praticiens montre que certains de ces facteurs (réticence du praticien, inutilité de la démarche, manque de temps) ont leurs effets propres et ne dépendent que peu de la formation.

A l'inverse, certaines difficultés sont des conséquences directes du manque de formation, par exemple l'absence de protocoles standard et la réticence du patient.

Si les facteurs évoqués sont indépendants de la formation, cela signifie qu'ils ne pourront pas être facilement améliorés dans l'état actuel de l'enseignement et du statut de l'alcoologie en France.

Evoquer aussi fréquemment la réticence du patient et du praticien à aborder le problème d'alcool montre que ce sujet reste encore un sujet tabou malgré l'évolution des représentations sociales de la maladie.

Une autre difficulté, évoquée par aucun des médecins de la cohorte, réside peut-être dans les propres représentations et comportements du praticien envers l'alcool : pour cette raison, certains peuvent être enclins à banaliser les consommations excessives, d'autres à les moraliser et d'autres enfin à les dénier.

Qu'est-il possible de faire, sans recourir à de grandes mesures de Santé Publique, sûrement nécessaires par ailleurs, pour améliorer le dépistage et la prise en charge précoce des patients ayant une problématique avec l'alcool ?

Nous avons vu sans aucune ambiguïté que les médecins formés en alcoologie assuraient une prise en charge plus fréquente, notamment s'ils ont suivi une formation solide et répétée. D'autre part, le fait qu'un grand nombre de praticiens semblent ne pas connaître parfaitement les protocoles de sevrage et les réseaux de soins est inquiétant.

L'effort en matière de formation de qualité doit donc naturellement être poursuivi et même accentué.

Mais jusqu'où cette formation doit-elle aller ?

Plus de la moitié des praticiens indiquent qu'une meilleure connaissance de la relation thérapeutique et de la psychopathologie du patient ayant un problème d'alcool contribuerait à améliorer la prise en charge. Mais comme nous l'avons déjà exprimé, ces domaines dépassent largement le cadre de l'alcoolisme et concernent toutes les pathologies. Il existe déjà des spécialistes supposés maîtriser ces domaines : ce sont les psychologues et les psychiatres.

Le médecin généraliste n'a pas vocation à assurer seul le suivi de tous les patients en problématique avec l'alcool.

Quand on assiste à une consultation spécialisée en alcoologie, on s'aperçoit que la partie strictement médicale de la prise en charge ne constitue pas l'essentiel. Elle est bien sûr très importante, notamment au niveau du sevrage pour prévenir toute complication neurologique, mais l'aspect psychologique de la maladie apparaît comme prédominant. Le buveur excessif a souvent une vie compliquée et beaucoup de problèmes connexes. Comme le soulignent à juste titre de nombreux généralistes, ils manquent de temps au cours des consultations pour écouter et prendre en charge ces patients.

Mais néanmoins, la quasi-totalité de la population française se rend chez son médecin généraliste au moins une fois par an. Le cabinet de ville est donc un lieu incontournable pour dépister les patients ayant un problème avec l'alcool, voire même faire de la prévention primaire. Et ceci d'autant plus que l'alcoolisme est une maladie au long cours ; depuis le premier verre jusqu'à l'installation d'une alcoolo-dépendance sévère, il s'écoule de nombreuses années pendant lesquelles le malade franchit séquentiellement plusieurs étapes réversibles par la seule abstinence ou modération.

Que faire donc pour améliorer la prise en charge ?

Nous avons vu dans la première partie que les patients avaient confiance dans leur généraliste et trouvaient légitime d'aborder le problème d'alcool avec eux. De plus, 1 patient sur 3 réduit sa consommation d'alcool suite à une observation du médecin ou à un rappel des normes de tempérance.

L'enjeu est donc important ; et c'est bien l'aspect

« tabou » de la maladie (réticences du praticien et du malade, sentiment d'inutilité de la démarche) qu'il faut prendre en compte en priorité.

Le Dr Olivier Kandel (2002) rappelle à juste titre qu'en règle générale « *les patients sont soucieux de leur qualité de vie et espèrent que leur médecin s'y intéresse (...) un diagnostic précoce et une prise en charge, aussi minime soit-elle, par le seul médecin, peuvent avoir un certain retentissement sur le mode de vie du patient*²⁷ ». Il précise également que si les alcoolo-dépendants sont facilement identifiables, il n'en est pas de même pour les buveurs à risque.

Quelques règles simples pourraient être suggérées :

- Intégrer les habitudes de consommation d'alcool (comme pour le tabac) dans l'interrogatoire de santé des nouveaux patients et rappeler à cette occasion les normes OMS standard (tenir compte des jeunes patients dont les habitudes de consommation ont énormément évolué au cours de la dernière décennie). La loi sur le médecin référent²⁸ pourra peut-être faciliter cette démarche en consacrant une première consultation rémunérée à l'exploration des antécédents et risques de santé, en dehors de toute pathologie et demande de soins spécifiques. Notons le test DETA (CAGE en Anglais) qui permet au médecin de dépister avec une bonne fiabilité les buveurs excessifs en leur posant 4 questions simples au cours de l'entretien²⁹.
- Rappeler en quelques secondes les normes de consommation à tout « patient à risque », voire même à tout buveur régulier. Il ne s'agit que de quelques mots et idées force (3 verres par jour pour les hommes, 2 pour les femmes, 1 verre de bière équivalent à 1 apéritif, etc.).
- Devant des symptômes évoquant des comorbidités susceptibles d'être provoquées par une intoxication alcoolique, attirer systématiquement l'attention du patient sur cette éventualité.
- Il semble anormal en effet qu'un médecin prescrive un traitement symptomatique pour des comorbidités peut-être dues à l'alcool (crampes des membres inférieurs, brûlures d'estomac, hypertension, troubles du sommeil, anxiété, etc.) sans évoquer avec le patient le lien possible avec une consommation excessive de boissons alcoolisées. Il ne s'agit pas là d'un problème de

relation thérapeutique ou de psychopathologie, mais d'un problème purement médical dans la mesure où le meilleur traitement dans ce cas est le plus souvent la diminution ou l'arrêt de la consommation. Et nous savons, car le déni de la problématique est puissant, que peu de patients associeront spontanément certains troubles de santé à leur consommation d'alcool. Cet acte médical aurait aussi valeur de prévention secondaire et pourrait favoriser une prise de conscience chez le patient.

- Bien informer les patients alcoolo-dépendants sur la dangerosité d'un sevrage sans contrôle médical et les interroger sur leur ingestion régulière de vitamines du groupe B (notamment sous forme de fruits, pour lesquels le buveur excessif éprouve souvent une inappétence spécifique).
- Etre en mesure d'indiquer à tout patient qui en fera la demande les coordonnées précises d'une consultation spécialisée et, dans la mesure du possible, lui faciliter la prise de rendez-vous.
- Privilégier le travail d'équipe, en orientant notamment le patient alcoolique vers une structure spécialisée à chaque fois que le besoin s'en fera sentir : la consultation de médecine générale n'est pas le lieu idéal pour prendre en charge la dimension psychopathologique de la maladie, ne serait-ce que par manque de temps.
- Compte tenu de l'évolution actuelle des comportements d'alcoolisation chez les jeunes, ne pas négliger de dispenser l'information auprès des préadolescents et même auprès de leurs parents.
- Et bien sûr, établir avec les patients à risque une relation de confiance qui permettra dans le temps de faire mûrir les prises de conscience, à l'écart de toute moralisation.

CONCLUSION

L'alcoolisme induit des maladies graves mais qui se soignent très bien tant qu'il n'est pas trop tard. La plupart de ses conséquences somatiques sont réversibles, et le meilleur traitement (parfois le seul) est l'abstinence ou le retour à la tempérance.

Cette pathologie est multidimensionnelle. Ses aspects psychologiques et sociaux sont au moins

aussi importants que ses conséquences somatiques. Par définition, le médecin généraliste n'a pas pour vocation de prendre en charge seul tous les patients en difficulté avec l'alcool.

Mais il examine chaque année la quasi-totalité de la population et dispose (éventuellement après formation appropriée) de toutes les armes (clinique, sémiologie, biologie, psychométrie) nécessaires au dépistage efficace des patients à risque ou à problème avec l'alcool.

Il faut garder à l'esprit que le dépistage de ces patients n'est pas une fin en soi et qu'il doit être

suivi d'actions correctrices, menées directement par le médecin généraliste ou par une structure spécialisée.

Si le praticien parvient principalement à surmonter sa réticence envers ces patients un peu particuliers (car souvent inconscients de leur problème) et à se persuader de l'utilité de cette démarche en jouant le plus systématiquement possible son rôle de prévention, de dépistage et d'orientation, un grand pas sera franchi dans la résolution de ce problème de santé qui tue directement 25 000 personnes par an³⁰.

Questionnaire destiné aux médecins partenaires de l'OMG

Le but de cette étude est de comparer le niveau de formation/information des praticiens dans un domaine donné (ici Alcool/Tabac) et la fréquence de prise en charge des pathologies associées en consultation (RC).

Il s'agit d'une étude anonymisée et globalisée, tant au niveau des médecins que des patients; aucun résultat ne sera recherché au niveau individuel. Nous souhaitons recueillir auprès de vous 3 types d'informations :

- 1) **Vos formations éventuelles** et/ou **vos expériences professionnelles** spécifiques dans les domaines cités.
- 2) **Une autoévaluation de vos connaissances/expériences actuelles** dans ces domaines.
- 3) **Votre opinion** sur les facteurs susceptibles de rendre la prise en charge difficile.

Remplir ce questionnaire vous prendra moins de 4 minutes

Code médecin SFMG :

Alcool

1) Avez-vous suivi une formation spécifique en alcoologie ?

- Oui Non.

Si oui, précisez la nature de cette formation (vous pouvez cliquer sur plusieurs cases) :

- Autoformation (lecture...)
 Formation universitaire (Capacité, DESC, DU...)
 Formation permanente (séminaires FMC, EPU)

Si formation universitaire ou permanente, année :

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Avant 2000 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2) Avez-vous déjà exercé des activités professionnelles en rapport avec l'alcoologie ?

- Oui Non.

Si oui, précisez la nature de ces expériences (vous pouvez cliquer sur plusieurs cases) :

- Consultation spécialisée en alcoologie (CHA, CCAA)
 Intervention de prévention collective (scolaire, réunion publique...)
 Investissement dans une action d'alcoologie (étude, groupe de parole, ateliers thérapeutiques).
 Autre (précisez :)

3) **Comment jugez-vous vos connaissances actuelles en alcoologie ?** Pour assurer de manière optimale une prévention, un dépistage et une prise en charge précoces des patients à risque ou dépendants, vous vous estimez :

(Cliquez dans la case correspondant au niveau estimé)

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Insuffisamment
informé**

Très bien informé

Le cas échéant, précisez le(s) domaine(s) où **un complément de formation/information** vous permettrait de mieux prendre en charge les patients à risque (*vous pouvez cliquer sur plusieurs cases*) :

- Le produit alcool et ses effets
 La clinique (signes d'intoxication, symptômes de sevrage, comorbidités)
 Les outils de dépistage
 Les protocoles de soins (sevrage, suivi, réseau)
 La psychopathologie du patient alcoolique
 La relation médecin – alcoolique (entretien, soutien)
 Autre (**précisez** :

4) Quels sont selon vous les facteurs (autres que la formation et l'expérience) rendant difficile l'abord du problème d'alcool avec les patients à risque non demandeurs de soins dans ce domaine (vous pouvez cliquer sur plusieurs cases) :

- Réticence des patients à aborder ce sujet
 La réticence du praticien à aborder ce sujet
 L'efficacité discutable d'une telle démarche
 Le manque de temps au cours de la consultation
 Le manque de protocole standardisé
 Autre (**précisez** :

Tabac

5) Avez-vous suivi une formation spécifique en tabacologie ?

- Oui Non.

Si oui, précisez sa nature (vous pouvez cliquer sur plusieurs cases) :

- Autoformation (lecture...)
- Formation universitaire (Capacité, DESC, DU...)
- Formation permanente (séminaires FMC, EPU)

Année de votre dernière formation :

- Avant 2000 2000 2001 2002 2003 2004
-

6) Avez-vous déjà exercé des activités professionnelles en rapport avec la tabacologie ?

- Oui Non.

Si oui, précisez la nature de ces expériences (vous pouvez cliquer sur plusieurs cases) :

- Consultation spécialisée en tabacologie
- Prescription de substituts nicotiniques
- Prévention collective (scolaire, réunion publique...)
- Investissement dans groupe de parole, ateliers thérapeutiques,
- Autre (**précisez** :

7) Comment jugez-vous vos connaissances actuelles en tabacologie ? Pour assurer de manière optimale une prévention, un dépistage et une prise en charge précoces des patients à risque ou dépendants, vous vous estimez :

(Cliquez dans la case correspondant au niveau estimé)

- 1 2 3 4 5 6
-

Insuffisamment informé  **Très bien informé**

Le cas échéant, précisez le(s) domaine(s) où un complément de **formation/information** vous permettrait de mieux prendre en charge les patients à risque (*vous pouvez cliquer sur plusieurs cases*) :

- Le produit (tabac) et ses effets
- La clinique (signes d'intoxication, pathologies associées)
- Les tests de dépistage et d'évaluation (Fagerström, etc.)
- Les protocoles de soins (sevrage, suivi, réseau)
- La psychopathologie du patient fumeur
- La relation médecin – fumeur (entretien, soutien)
- Autre (**précisez** :

* *
*

Merci pour votre participation.

Répartition des scores de prise en charge Alcool en quartiles

Score	n	f	fCum	
2	1	0,02	0,02	
3	4	0,08	0,10	
4	8	0,16	0,26	1 ^{er} Quartile
5	8	0,16	0,42	
6	4	0,08	0,50	2 ^{ème} Quartile
7	5	0,10	0,60	
8	7	0,14	0,74	3 ^{ème} Quartile
9	3	0,06	0,80	
10	0	0,00	0,80	
11	3	0,06	0,86	
12	2	0,04	0,90	
13	0	0,00	0,90	
14	1	0,02	0,92	
15	1	0,02	0,94	
16	1	0,02	0,96	
17	1	0,02	0,98	
18	0	0,00	0,98	
19	0	0,00	0,98	
20	1	0,02	1,00	
	50	1		

**L'annexe 3 est téléchargeable sur le site de la SFMG :
<http://www.sfm.org>**

ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')

DÉFINITION

- ++++ PLAINTÉ ou TROUBLE LIÉS à une CONSOMMATION ANORMALE de BOISSON ALCOOLISÉE, de TYPE :**
- ++1 | buveur excessif à l'interrogatoire** (H > 28 verres d'alcool par semaine et F > 14 verres)
 - ++1 | dépendance psychologique** (désir irréprouvable de boire par moments dans certaines situations)
 - ++1 | dépendance physique** (incapacité d'arrêter de boire plus de 3 jours)
 - ++1 | ivresse aiguë** (violence, blessure, coma, etc.)
 - ++1 | syndrome de sevrage, pré-DT** (anxiété, énervement, insomnie, tremblements, sueurs...)

- + - problème évoqué par :
 - ++1 | le patient
 - ++1 | l'entourage (famille, amis, entreprise, autres professionnels, etc.)
 - ++1 | le médecin
- + - prise en charge avec d'autres intervenants (médical, social, structure spécialisée, etc.)
- + - entourage reçu pendant la séance (à préciser en commentaire)
- + - déni malgré des troubles évidents (peur, honte...)
- + - poursuite de l'alcoolisation ou refus de changement immédiat
- + - crainte de réalcoolisation
- + - réalcoolisation (rechute)

RISQUE(S) CRITIQUE(S) ÉVITABLE(S) (RCE)

CANCERS
CIRRHOSE
DEPRESSION
POLYTOXICOMANIE

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

B

VOIR AUSSI

ACCES ET CRISE
DEPRESSION
HUMEUR DEPRESSIVE
MALAISE - LIPOTHYMIE
NERVOSISME
PHOBIE
PLAINTES POLYMORPHES
PSYCHIQUE (TROUBLE)
SYNDROME MANIACO DEPRESSIF
TOXICOMANIE

En **gras** les critères d'inclusion stricto sensu
En **grisé**, les critères d'inclusion à choix unique ou multiple
En caractère normal les compléments sémiologiques

ARGUMENTAIRE

Dénomination

Il s'agit d'une définition générique qui tient compte de la pratique généraliste. Elle permet de relever toutes les situations où l'abus de boissons alcoolisées pose un problème somatique, psychique, familial ou social. Cette définition ne recouvre donc pas uniquement le tableau classique de l'alcoolique chronique.

Critères d'inclusion

Ils permettent de classer en fonction du type d'alcoolisation.

- ∩ BUVEUR EXCESSIF : pour des consommations au moins égales à 28 verres d'alcool par semaine pour les hommes et 14 pour les femmes. Il n'y a pas encore de dépendance au produit, mais le médecin informe le patient des risques à venir. Le patient peut s'en inquiéter et en parler.
- ∩ DEPENDANCE PSYCHOLOGIQUE : l'alcool prend une place importante dans la vie du patient. Il y a recours pour faire la fête, pour se stimuler, pour se détendre, pour diminuer ses angoisses... Mais il n'y a pas forcément de dépendance organique au produit, sinon le critère suivant sera relevé simultanément.
- ∩ DEPENDANCE PHYSIQUE : c'est le cas de l'alcoolique dit chronique. Il ne peut se passer de boire de l'alcool, sinon il présente des signes de manque (de sevrage). Faire le test des 3 jours sans boire.
- ∩ IVRESSE AIGUË : permet de relever les séances où le médecin est en contact avec un patient en état d'ivresse ou que les ivresses soient évoquées pendant la séance parce qu'elles posent des problèmes au patient ou à son entourage.
- ∩ SYNDROME DE SEVRAGE, PRE-DT : le vrai delirium tremens ne se voit guère, il a été décidé de modifier ce critère en ajoutant l'expression syndrome de sevrage. Cette situation est possible en pratique, lors des soins ambulatoires, en cas d'immobilisation, dans les états fébriles ou quelquefois lors de tentatives intempestives d'auto-sevrage. Le vrai delirium tremens sera relevé en DHL.

Compléments sémiologiques

Ils permettent de préciser d'une part, qui a pris l'initiative d'évoquer le problème et, d'autre part, la situation du patient vis à vis de sa consommation d'alcool :

- + - déni du problème : est retenu s'il existe des signes évidents de difficultés liées à l'alcool, malgré la négation du patient. Il peut s'agir d'un mensonge, d'une anosognosie mais aussi de peur, de honte...
- + - poursuite de l'alcoolisation : permet de tenir compte du patient qui refuse des soins mais aussi de celui qui tout en poursuivant à consommer chemine progressivement vers le changement.
- + - crainte de réalcoolisation : permet, dans le suivi du patient abstinent, de relever les séances où il évoque ses craintes de rechute.
- + - réalcoolisation, rechute : on substitue au critère habituel de récurrence, rechute et réalcoolisation plus usités en alcoologie.

Voir Aussi

Certains de ces résultats de consultation peuvent être intriqués ou aggravés avec l'abus d'alcool. Ils peuvent donc être relevés parallèlement.

Position(s) diagnostique(s)

B : Ni symptôme, ni tableau de maladie, car il est arbitrairement considéré, malgré le terme de maladie alcoolique, que ces problèmes sont symptomatiques d'un trouble sous-jacent.

CORRESPONDANCE CIM - 10

- F10.9 : Code par défaut - Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool - sans précision
- F10.0 : Si ivresse aiguë ou avec intoxication aiguë
- F10.1 : Si buveur excessif ou avec utilisation nocive pour la santé
- F10.2 : Si dépendance psychologique ou dépendance physique
- F10.3 : Si syndrome de sevrage, Pré-DT

Questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) vf.³²

Veillez entourer d'un cercle la réponse qui vous concerne.

1. Avec quelle fréquence consommez-vous un " verre " de boisson alcoolique¹ ?

Jamais Une fois par mois au moins 2-4 fois par mois 2-3 fois par semaine 4 fois par semaine ou plus

2. Lorsque vous buvez, combien de verres de boisson alcoolique buvez-vous normalement en un jour ?

1 ou 2 3 ou 4 5 ou 6 7-9 10 ou plus

3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou plus en une seule occasion ?

Jamais Moins d'une fois par mois Une fois par mois Une fois par semaine Une fois par jour ou presque

4. Avec quelle fréquence au cours de l'année passée avez-vous éprouvé une difficulté à chasser de votre esprit le désir de boire ?

Jamais Moins d'une fois par mois Une fois par mois Une fois par semaine Une fois par jour ou presque

5. Avec quelle fréquence au cours de l'année passée avez-vous constaté qu'après avoir commencé à boire vous ne pouviez pas vous arrêter ?

Jamais Moins d'une fois par mois Une fois par mois Une fois par semaine Une fois par jour ou presque

6. Avec quelle fréquence au cours de l'année passée avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la nuit précédente alors que vous aviez bu ?

Jamais Moins d'une fois par mois Une fois par mois Une fois par semaine Une fois par jour ou presque

7. Avec quelle fréquence au cours de l'année passée avez-vous eu besoin d'un premier verre le matin pour vous remettre en forme après avoir beaucoup bu la veille ?

Jamais Moins d'une fois par mois Une fois par mois Une fois par semaine Une fois par jour ou presque

8. Avec quelle fréquence au cours de l'année passée avez-vous eu un remords ou un sentiment de culpabilité après avoir bu ?

Jamais Moins d'une fois par mois Une fois par mois Une fois par semaine Une fois par jour ou presque

9. Avez-vous été victime d'un traumatisme ou en avez-vous provoqué sous l'effet de la boisson ?

Non Oui, mais pas au cours de l'année passée Oui, au cours de l'année passée

10. Un parent, ami, médecin ou autre agent de santé vous a-t-il mis en garde contre l'habitude de boire et conseillé de boire moins ?

Non Oui, mais pas au cours de l'année passée Oui, au cours de l'année passée

¹ Par "verre" de boisson alcoolique, il faut entendre (donnez l'exemple d'une boisson nationale).

Rubrique 1 :	Jamais Une fois par mois ou moins 2-4 fois par mois 2-3 fois par semaine 4 fois par semaine ou plus	= 0 = 1 = 2 = 3 = 4
Rubrique 2 :	1-2 verres 3-4 verres 5-6 verres 7-9 verres 10 verres ou plus	= 0 = 1 = 2 = 3 = 4
Rubriques 3-8 :	Jamais Moins d'une fois par mois Une fois par mois Une fois par semaine Une fois par jour ou presque	= 0 = 1 = 2 = 3 = 4
Rubriques 9 et 10 :	Non Oui, mais pas au cours de l'année passée Oui, au cours de l'année passée	= 0 = 2 = 4
La note maximale possible est 40.		

Source: OMS (1,2)

Le score maximum est de 40.

Scores et interprétation du questionnaire AUDIT (5)

En général, des scores élevés aux trois premiers items en l'absence d'élévation des scores aux items suivants, suggèrent une probable consommation d'alcool.

Des scores élevés aux items 4 à 6 implique la présence ou l'apparition d'une dépendance à l'alcool.

Des scores élevés aux items restants suggèrent une consommation pathologique d'alcool.

Questionnaire DETA (version française) CAGE³³

1 - Avez vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?

2 - Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?

3 - Avez déjà eu l'impression que vous buviez trop ?

4 - Avez-vous eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

Probabilité très élevée d'une consommation excessive ou d'une alcoolo-dépendance partir de 2 items positifs.

NOTES

- ¹ Haggerty (J. L.), *Détection précoce de la consommation excessive d'alcool et counselling des buveurs à risque* » in « Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique ». Ed Guide Canadien de médecine clinique préventive, Ottawa: Canada Communication Group Publishing 1994, chap 42.
- ² National Institute for Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA): *The Physician's Guide to helping Patients with Alcohol Problems*, Rockville, NIH publication, 1995 : 95-3769.
- ³ Pour plus d'informations, consulter Michel Lejoyeux, François Paille et Michel Reynaud, *Usage nocif de substances psychoactives*. Chapitre III – Repérage et évaluation des usages à risque et de l'usage nocif d'alcool, p 105-122, La documentation française 2002, Paris. ISBN: 2-11-005024-1.
- ⁴ Notamment l'enquête « Strand 1 » (1998) s'inscrivant dans un projet international de l'OMS, menée par l'Association pour le Recherche sur les Maladies Alcooliques (ARMA) et le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE).
- ⁵ Programme « Boire moins c'est mieux », coordonné en France par le Dr Philippe Micheaud; article paru dans la Revue du Praticien, septembre 2003, réf 17 (611): 605-8.
- ⁶ Comité Français d'Education pour la Santé (CFES), devenu INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la santé) en mai 2002.
- ⁷ Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT, in Benoît Fleury, *Dialogue Ville-Hôpital, Les conduites d'alcoolisation, du repérage précoce au réseau de prise en charge*, John Libbey Eurotext, 2003, Paris
- ⁸ In *Alcoologie et Addictologie*; 2001 : 23 (4 Suppl.), 1S-76S & 2003 25 (2 Suppl), 45 S - 104 S
- ⁹ Lewis MJ, *Alcohol reinforcement and neuropharmacologic therapeutics*, Alc Alcohol, 1996. Wise RA. *Neurobiology of Addiction*, 1996, Curr Opin Neurobiol
- ¹⁰ ADLH = Aldéhyde Déshydrogénase, enzyme essentielle pour la dégradation de l'alcool par le métabolisme hépatique.
- ¹¹ Le concept de « système de récompense » a été proposé par Olds et Milner (1950) suite à des expériences sur des rats qui pratiquaient compulsivement une autostimulation électrique intracrânienne sans aucune utilité physiologique, bien au contraire, car cette activité les accaparaient tellement qu'ils en oubliaient de boire et de manger et en mouraient. D'où l'hypothèse qu'il existe dans le SNC un système dont la stimulation produit du plaisir, en dehors de toute utilité physiologique. Le recensement des structures cérébrales concernées montre qu'elles appartiennent toutes au système DA-MLC (dopaminergique méso-limbo-cortical) et qu'elles jouent un grand rôle dans les processus appétitifs, motivationnels et décisionnels.
- ¹² Mogenson GJ, Jones DL, Yim CY. From motivation to action: fonctional interface between the limbic system and the motor system; Prog Neurobiol, 1980; p 69-97.
- ¹³ Skinner H. Spectrum of drinkers and intervention opportunities. CMAJ 1990;
- ¹⁴ Schéma extrait de Médecine et Hygiène n° 2451, *Diffusion de la pratique de l'intervention brève: méthodes de formation et de mobilisation des acteurs de soins de premier recours*, P. Michaud, J. Abesdris.
- ¹⁵ Source: Comité Français d'Education pour la Santé (CFES) in Brochure "Professionnels de santé, Professionnels de l'éducation" (INPES, Assurance maladie, Ministère de l'emploi et de la solidarité), 1999.
- ¹⁶ Sources: "L'alcool pas besoin d'être ivre pour en mourir" Dossier de presse Assurance Maladie, CFES 27 septembre 2001; "Alcool Effets sur la santé" Synthèse de l'expertise collective INSERM
- ¹⁷ Rappelons que le « verre » standard contient 10 g d'alcool pur. Il peut s'agir d'une dose d'apéritif anisé, de 25 cl de bière ou de cidre brut, d'un verre de vin, d'un alcool fort (2 cl), etc.
- ¹⁸ CFES/CNAMTS/IPSOS Opinion, Les habitudes de consommation d'alcool des Français, Etude quantitative, France métropolitaine, septembre 1998
- ¹⁹ Ce RC peut être obtenu à partir de plusieurs critères définis par la SFMG (certains de ces critères ont une correspondance dans la classification CIM 10); nous ne les détaillerons pas ici. La liste de ces critères figure à l'annexe 3. La description du RC Alcool tel que défini par la SFMG dans le Dictionnaire des Résultats de Consultations (DRC) figure à l'annexe 4.
- ²⁰ Source: Comité Français d'Education pour la Santé (CFES) in Brochure "Professionnels de santé, Professionnels de l'éducation" (INPES, Assurance maladie, Ministère de l'emploi et de la solidarité), 1999.
- ²¹ Bien que 2003 soit l'année de référence, nous les avons inclus dans la cohorte.
- ²² Pour information, il existe les D.U. (ou D.I.U), les Capacités (réservées aux médecins thésés) et le DESC d'addictologie (réservé à certaines spécialités à partir de l'Internat). Les DU d'alcoologie sont représentés dans la majorité des grandes académies (12 dans la France), avec certaines inégalités géographiques (Centre de la France et quart Sud-est défavorisés par rapport à quart Nord-Ouest). A noter qu'il n'existe qu'un seul DU d'alcoologie en Région Parisienne (Paris 6).
- ²³ Les sujets pouvant citer plusieurs compléments de formation, le total est supérieur à 100 %.
- ²⁴ Citons notamment:
- Conduites d'alcoolisation - Lecture critique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique? Pour quel patient? Sur quels critères? septembre 2001, Société Française d'Alcoologie (Recommandations pour la pratique clinique ayant obtenu le label méthodologique de l'ANAES)
- Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage (Conférence de consensus - 7 et 8 mars 2001, Cité des sciences et de l'industrie)
- Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant (Conférence de consensus - 17 mars 1999)
- ²⁵ Voir annexe 6

- ²⁶ Ce questionnaire élaboré par l'OMS figure à l'annexe 5
- ²⁷ O. Kandel, 3 chiffres, 1 schéma et quelques idées pour optimiser le dépistage et la prise en charge des mésusages de l'alcool *Revue du Praticien Médecine Générale*. tome 16, n° 587, 14/10/2002, 1408-1410p.
- ²⁸ L'option médecin référent a été mise en place par les parties signataires de la convention des médecins généralistes en novembre 1998 (arrêté du 04/12/98 publié au J.O. du 05/12/98) afin de promouvoir la qualité des soins, leur continuité, la prévention et les actions de santé publique, l'amélioration des conditions d'accès aux soins, l'optimisation des coûts.
- ²⁹ A titre d'information, les tests les plus couramment utilisés en Médecine, DETA et AUDIT, figurent en annexes 5 et 6
- ³⁰ Source INSERM, 1998 : nombre de bulletins de décès désignant l'alcool comme cause de la mort.
- ³¹ *Dictionnaire des Résultats de Consultation - Société Française de Médecine Générale DRMG N° 58 - Page 13*
- ³² Référence: Le questionnaire Audit est développé sous l'égide de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Il explore les comportements des douze derniers mois. Pour en savoir plus sur la publication originale, vous pouvez vous rendre sur le site de la National Library (USA). Ref: Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction* 1993 Jun; 88 (6): 791-804.
- ³³ **DETA** Traduction française du questionnaire CAGE (Cut off, Annoyed, Guilty, Eye opener) proposé par Ewing (1984), le DETA (acronyme de « diminuer, entourage, trop et alcool ») comprend quatre questions résolument orientées vers la recherche d'un mésusage d'alcool.

BIBLIOGRAPHIE

- Adès et Lejoyeux, Alcoolisme et psychiatrie, p 68, 1997, Masson, Paris
- Benoît Fleury, Dialogue Ville-Hôpital, Les conduites d'alcoolisation, du repérage précoce au réseau de prise en charge, John Libbey Eurotext, Paris, 2003
- CFES/CNAMTS/IPSOS Opinion, Les habitudes de consommation d'alcool des Français, Etude quantitative, France métropolitaine, septembre 1998
- Corcos/Flament, Les conduits de dépendance, Masson, Paris, 2003
- Dominique Huas, Fabienne Pessione, Jean-Claude Bouix, Hubert Allemand, Bernard Rueff, Efficacité à un an d'une intervention brève auprès des consommateurs d'alcool à problèmes, *Rev Prat Med Gen* 2002; 16 (586): 1343-8
- Haggerty (J. L.), Détection précoce de la consommation excessive d'alcool et counselling des buveurs à risque » in « Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique ». Ed Guide Canadien de médecine clinique préventive, Ottawa: Canada Communication Group Publishing 1994, chap 42.
- INPES, Coll., Professionnels de santé, Professionnels de l'éducation (INPES, Assurance maladie, Ministère de l'emploi et de la solidarité)
- J.-C. Bouix, P. Gache, B. Rueff, D. Huas, Parler d'alcool reste un sujet tabou, *Rev Prat Med Gen* 2002; 16 (588): 1488-92
- J.N. Miche, F. Morel, J.-L. Gallais, Perceptions du « risque alcool » et des comorbidités liées à l'alcoolisation. Une enquête de l'Observatoire de la médecine générale de la SFMG (1994-1995), *Rev Prat Med Gen* 199; 13 (470): 1402-1408
- J.-Y. Gagnard et P. Kiritze-Topor, L'alcoologie en pratique quotidienne, p. 38, 1995; publication Merck Liphà Santé, Lyon
- Lewis MJ, Alcohol reinforcement and neuropharmacologic therapeutics, *Alc Alcohol*, 1996. Wise RA, Neurobiology of Addiction, *Curr Opin Neurobiol*, 1996
- Michel Lejoyeux, François Paille et Michel Reynaud, Usage nocif de substances psychoactives, La documentation française 2002, Paris. ISBN: 2-11-005024-1.
- Mogenson GJ, Jones DL, Yim CY, From motivation to action: fonctional interface between the limbic system and the motor system, *Prog Neurobiol*, 1980.
- National Institute for Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA): The Physician's Guide to helping Patients with Alcohol Problems, Rockville, NIH publication, 1995 : 95-3769.
- O. Kandel 3 chiffres, 1 schéma et quelques idées pour optimiser le dépistage et la prise en charge des mésusages de l'alcool *Revue du Praticien Médecine Générale*. tome 16, n° 587, 14/10/2002, 1408-1410p.
- Olds, J., and P. Milner. Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain. *J. Comp. Physiol. Psychol.* 47: 419-27, 1954.
- P. Michaud J. Abesdris, Médecine et Hygiène n° 2451, sept 2003, art 23223, Diffusion de la pratique de l'intervention brève: méthodes de formation et de mobilisation des acteurs de soins de premier recours.
- Philippe Michaud, Patrick Fouilland, Isabelle Grémy et Patrick Klein, Alcool, tabac, drogue: le public fait confiance aux médecins, *Rev Prat Med Gen* 2003; 17 (611): 605-8
- Raynaud M, Parquet P., Les personnes en difficulté avec l'alcool, CFES, Paris, 1999
- Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction* 1993 Jun; 88 (6): 791-804.
- Skinner H., Spectrum of drinkers and intervention opportunities, *CMAJ* 1990
- Société Française d'Alcoologie, Conduites d'alcoolisation - Lecture critique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique? Pour quel patient? Sur quels critères?, septembre 2001.

Je remercie tous les membres de la Société Française de Médecine Générale (SFMG) qui ont participé à ce projet.

En particulier le Dr Pascal Clerc et le Dr Gilles Hebbrecht dont l'aide et les avis tout au long de l'étude ont été très précieux.

Toute ma reconnaissance également à mon référent de stage, le Dr Jean-Noël Miche, médecin généraliste et alcoologue, pour sa supervision et sa coordination efficaces.

Je remercie enfin tous les investigateurs de l'Observatoire de la Médecine Générale (OMG) qui ont pris le temps d'étudier mon questionnaire et d'y répondre en nombre, rapidement et avec rigueur :

AMELINEAU Guy; ANDREOTTI Gérard; ANDRIEUX Dominique; AUPY Jean-Marc; BAKES Jérôme; BARDON Michel; BARDOUX Alain; BARGE Pierre; BARREAU Laurent; BENAYOUNE Serge; BERKHOUT Christophe; BOE (DE) Thibaut; BOECKLER Charles; BOISNAULT Philippe; BONENFANT Yves; BOSSUET Patrick; BOUGRAND Claude; BOUSQUET Pierre Louis; BRULE Jean Paul; CANDELIER Daniel; CASSET Stéphane; CASTAN Bernard; CASTELAIN Eugène; CHARBAUT Etienne; CHOBERT Marc; CLEMENCE Yvonnick; CLERC Pascal; COHENDET Christian; COLLIGNON-PORTES Rachel; COLOT Paul; COURCOT Michel; COURTY Claude; CRETON Dominique; DARRIEUX Jean Claude; DAVOUX Nicole; DEFOIN Bernard; DO-KHAC Myn Duc; DOUCHET Philippe; DROULERS Antoine; DUFOUR Didier; DUGIT-GROS Dominique; DUGRAND Jean Marc; DUHOT Didier; DUTEL Jean Paul; EBIN Georges; FERRU Pierre; FICQUET René; FILIPPI Simon; FIOT - IMBAULT Isabelle; FLORENTIN Patrick; GABILLARD Gilles;

GAINET Michel; GALASSO Eugenio; GAUVIN Martine; GAVID Bernard; GERARD Dominique; GIBILY Alain; GIRAND Bernard; GOREL Jean Luc; GRAZZINI Jean Paul; GRIOT CARRIQUE Elisabeth; GRUZ Laurence; GUERBER Eric; HELSENS Claudie; HERONNIERE DE LA Rémy; HINTZY Lionel; HODE Michel; HOFNUNG Daniel; HUBER COR. Corinne; HUBER JC Jean Claude; IKKA Michel; JACOT Philippe; JACQUES Gérard; JACQUIER Dominique; JAMBON Michel; JOURNET Hervé; KANDEL Olivier; LANQUE Patrick; LARSIMON Patrick; LE DU AJAVON Marie-Pierre; LE GALL Maryline; LE VAGUERES Didier; LECLERE Marie France; LEEUWS Jean Luc; LEININGER Patrice; LEMAIRE Laurent; LEMASSON Jean François; LEMETTRE Patrick; MANDEFIELD Marie Françoise; MARGERIT Christophe; MARSILI Chrystel; MARTIN Jacques; MASQUELIER Philippe; MASQUILIER René; MATHELIN-RIVOIRE Jean Paul; MAUGARD Jean François; MICHE Jean Noël; MOREL François; NANSION Gérard; NEAULT Jean François; ODDOU RICHARD Christel; OECHSNER DE CONINCK Pierre; OPOCZYNSKI Bernard; ORME LYNCH John Francis; PACE Etienne; PATEL Anne; PERRIN André; PREL Jean Pierre; PUICHAUD Jean Michel; QUIGNARD Jean Marc; QUINCY MICHEL Michel; QUINCY YVES Yves; RAINERI François; REMOND Roland; RICHARD Philippe; RIERA Isabelle; ROBERT Yvan; ROUALET Bruno; SABO Milivoj; SALFATI Guy; SARDNAL Théodore; SEBBAH André Prosper; SILVESTRE Jacques; SIMONNET Mathieu; SZIDON Philippe; THENAISY Michel; THOMAS DESESSARTS Yann; TISCORNIA Brigitte; VERNET Bernard; VERY Gérard; VIONNET-FUASSET Joël; VUILLEMIN Brigitte; ZILBER Boris.

En octobre 2004, la SFMG et le groupe pharmaceutique sanofi-aventis ont signé un contrat de partenariat privilégié d'une durée d'un an, renouvelable de gré à gré. Il s'agit pour les deux entités de formaliser un engagement réciproque décliné autour d'actions précises valorisant la médecine générale en tant que spécialité.

En effet, dans le cadre de sa nouvelle organisation, sanofi-aventis souhaitait mieux connaître les médecins généralistes et s'est tourné vers la SFMG en raison de la qualité de ses expertises scientifiques sur notre discipline, au moment où celle ci devient une spécialité. De son côté, la SFMG recherchait un soutien logistique et financier à la réalisation de certains projets touchant à la promotion de la médecine générale. La SFMG a apprécié l'orientation « valorisation métier » et qualité des soins que sanofi-aventis souhaite mettre en place dans sa relation avec les professionnels de santé.

Ce partenariat initial permettra de tester la qualité de notre collaboration. Les premiers projets de l'année 2005 portent entre autre sur:

- le soutien aux manifestations de la SFMG (journée de communication scientifique, journée annuelle de l'observatoire de la médecine générale, participations à congrès, symposium des groupes de pairs...),

- l'aide à l'organisation de séminaires de formation n'entrant pas dans le cadre des appels d'offre FAF-PM ou OGC, comme l'écriture d'articles scientifique, l'aide bibliographique, les spécificités du recueil de données au sein de L'OMG,

- la diffusion des Documents de Recherche en Médecine Générale (dont ce numéro),

- l'assistance à la publication d'un ouvrage sur la théorie de la démarche diagnostique et décisionnelle en médecine générale à partir des travaux de la SFMG.

Il s'agit d'une expérience nouvelle pour la SFMG qui avait jusqu'alors une plus grande expérience des partenariats institutionnels. Une évaluation des résultats sera soumise au conseil d'administration de la SFMG à l'automne 2005. Notre plus grand souhait est qu'elle soit favorable aux projets de la SFMG et réponde à la volonté de sanofi-aventis de construire une nouvelle relation avec la médecine générale.

*François RAINERI
Président
SFMG*

*Alain PUECH
Directeur Médical
sanofi-aventis*



Société Française de Médecine Générale

Société Savante

141, avenue de Verdun - 92130 Issy Les Moulineaux

Tél. : 01 41 90 98 20 - Fax: 01 41 90 07 82

e-mail : sfmg@sfmg.org • <http://www.sfmg.org>

Observatoire de la médecine générale <http://omg.sfmg.org>

O.N.G. agréée auprès de l'O.M.S.

Représentant la France à la WONCA
World Organisation of National Colleges,
Academies and Academic associations of General Practitioners