

# 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 (Haggerty<sup>1</sup>) et américaines (NIAAA<sup>2</sup>)<sup>3</sup>. 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 études<sup>4</sup> 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 CFES<sup>6</sup> menée en 1999 auprès des 15-75 ans<sup>7</sup> 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*<sup>8</sup>, 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)<sup>9</sup>, 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 ALDH<sup>10</sup>, 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 récompense<sup>11</sup> » 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)<sup>12</sup>. 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.

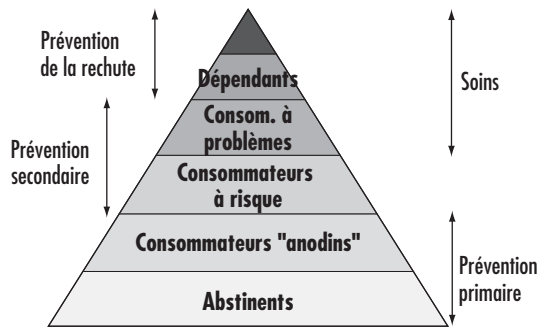
Pour atténuer et faire disparaître ces symptômes, le malade dépendant devra recourir à l'alcool, augmentant ainsi sa tolérance et la sévérité de sa dépendance.

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

Skinner<sup>13</sup> qui représente parfaitement le caractère progressif et sélectif des différentes étapes vers la dépendance.



Graphique 1 : Pyramide de Skinner<sup>14</sup>

## 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 suivantes<sup>15</sup> 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'OMS<sup>16</sup> sur des bases statistiques. Elles s'expriment en nombre de verres (unités) par semaine<sup>17</sup> 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 1998<sup>18</sup>, 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 admettrons 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 admettrons 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 »<sup>19</sup>

## 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)

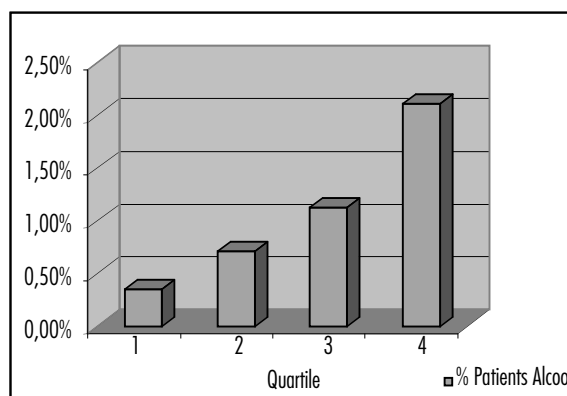
Seulement 16 % des consultations effectuées en 2003 par les médecins de l'OMG et ayant donné lieu à l'enregistrement d'un RC Alcool avaient la problématique alcoolique pour unique motif de la visite. Plus de 4 consultations sur 5 ont fait l'objet d'autres RC associés au RC Alcool.

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'alcool<sup>20</sup>, 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.

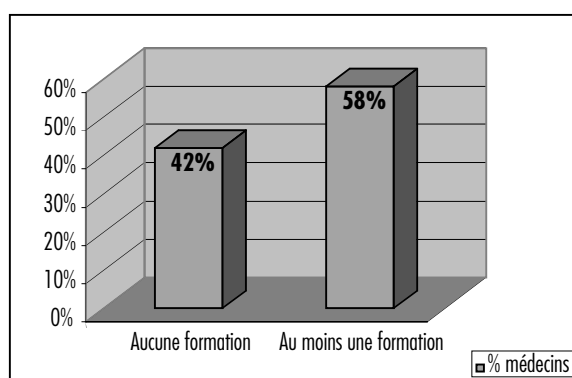
Fréquence moyenne de prise en charge de patients « alcool » par les répondants	1,08%
Fréquence moyenne de prise en charge de patients « alcool » par les non répondants	0,87%

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 2003<sup>21</sup>. 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 alcoologie<sup>22</sup>.

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-il suffisamment informé pour assurer de manière optimale une prévention, un dépistage et une prise en charge précoce des patients à risque ?

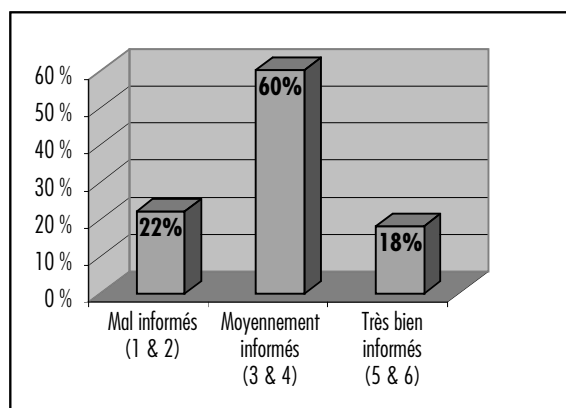
Note sur 6	Nb de sujet(s)	Pourcentage de sujets
1 (insuffisamment informé)	1	2 %
2	10	20 %
3	8	16 %
4	22	44 %
5	7	14 %
6 (très bien informé)	2	4 %

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

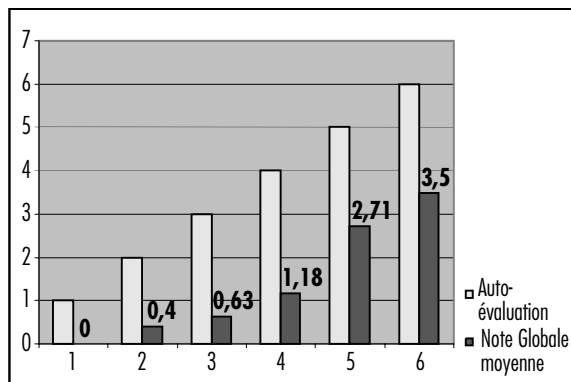
#### Corrélation entre formation/expérience réelle et autoévaluation

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 formation/expérience 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.

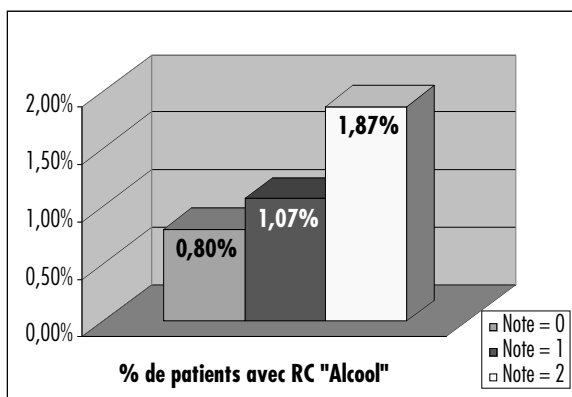
**Influence de la formation**

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

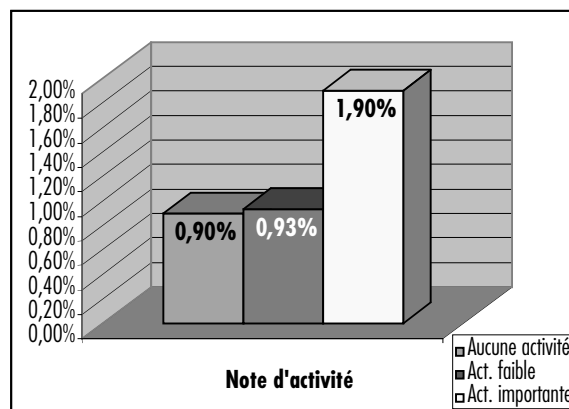
Les médecins très bien formés assurent une prise en charge significativement plus fréquente que les médecins pas ou moyennement formés (1,87 % vs 0,94 %,  $p < 0,005$ ).

**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%

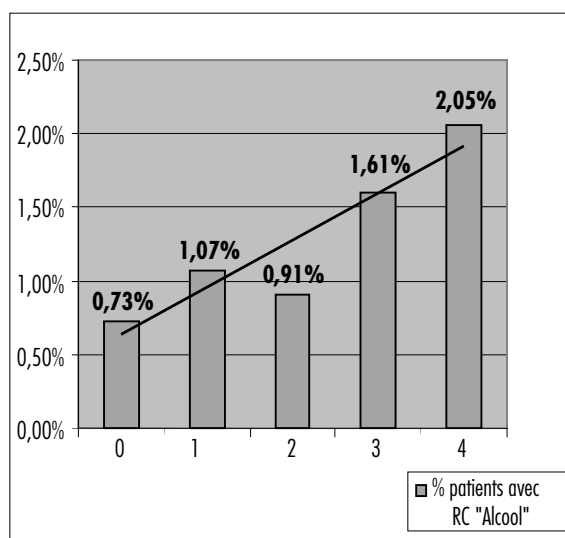
Tableau 12 : Influence de la Note d'activité sur la prise en charge



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 suivants<sup>23</sup> :

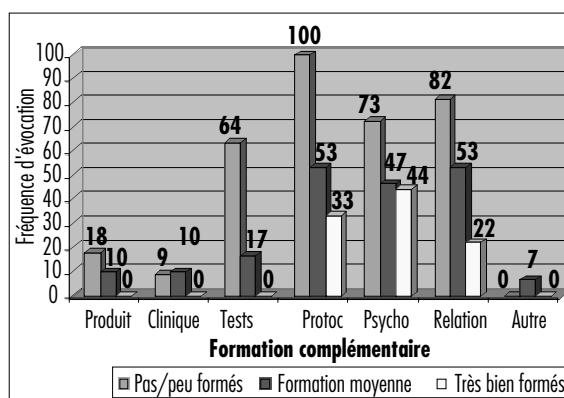
Produit	Clinique	Tests de dépistage	Protocoles de soins	Psycho-pathologie	Relation avec le patient	Autre
10 %	8 %	24 %	60 %	52 %	54 %	4 %

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 Clinique<sup>24</sup>) 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<sup>ème</sup> 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 DETA<sup>25</sup> (CAGE en anglais) peuvent être posées oralement pendant la consul-

tation et s'intègrent parfaitement dans un entretien de santé. Le test AUDIT<sup>26</sup> 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%

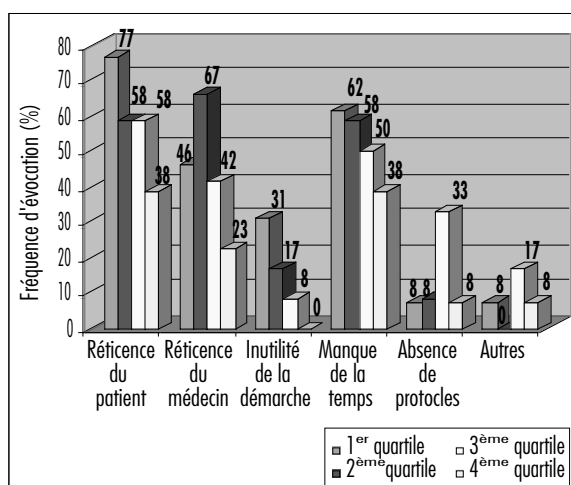
Tableau 17 : Facteurs de difficulté - réponses globales de la cohorte

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

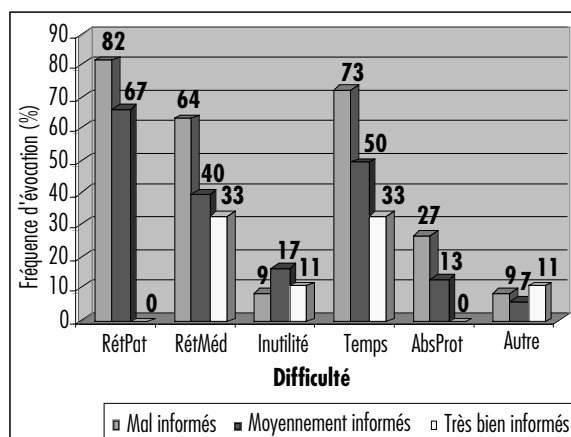
- La réticence du patient à parler d'alcool avec son médecin (58 %)
- Le manque de temps (52 %)
- La réticence du médecin à aborder le problème de l'alcool avec son patient (44 %)

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<sup>ème</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>ème</sup> 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<sup>er</sup> quartile (moins bon score), ce facteur n'est plus évoqué par aucun des praticiens du 4<sup>ème</sup> 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*<sup>27</sup> ». 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 référent<sup>28</sup> 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'entretien<sup>29</sup>.
- 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 an<sup>30</sup>.

---

## 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 <sup>er</sup> Quartile
5	8	0,16	0,42	
6	4	0,08	0,50	2 <sup>ème</sup> Quartile
7	5	0,10	0,60	
8	7	0,14	0,74	3 <sup>ème</sup> 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.<sup>32</sup>

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

**1. Avec quelle fréquence consommez-vous un " verre " de boisson alcoolique<sup>1</sup> ?**

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

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

<b>Rubrique 1 :</b>	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
<b>Rubrique 2 :</b>	1-2 verres 3-4 verres 5-6 verres 7-9 verres 10 verres ou plus	= 0 = 1 = 2 = 3 = 4
<b>Rubriques 3-8 :</b>	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
<b>Rubriques 9 et 10 :</b>	Non Oui, mais pas au cours de l'année passée Oui, au cours de l'année passée	= 0 = 2 = 4
<b>La note maximale possible est 40.</b>		

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) CAGE<sup>33</sup>

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

- <sup>1</sup> 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.
- <sup>2</sup> National Institute for Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA): *The Physician's Guide to helping Patients with Alcohol Problems*, Rockville, NIH publication, 1995 : 95-3769.
- <sup>3</sup> 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.
- <sup>4</sup> 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).
- <sup>5</sup> 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.
- <sup>6</sup> Comité Français d'Education pour la Santé (CFES), devenu INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la santé) en mai 2002.
- <sup>7</sup> 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
- <sup>8</sup> In *Alcoologie et Addictologie*; 2001 : 23 (4 Suppl.), 1S-76S & 2003 25 (2 Suppl), 45 S - 104 S
- <sup>9</sup> Lewis MJ, *Alcohol reinforcement and neuropharmacologic therapeutics*, Alc Alcohol, 1996. Wise RA. *Neurobiology of Addiction*, 1996, Curr Opin Neurobiol
- <sup>10</sup> ADLH = Aldéhyde Déshydrogénase, enzyme essentielle pour la dégradation de l'alcool par le métabolisme hépatique.
- <sup>11</sup> 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.
- <sup>12</sup> 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.
- <sup>13</sup> Skinner H. Spectrum of drinkers and intervention opportunities. CMAJ 1990;
- <sup>14</sup> 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.
- <sup>15</sup> 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.
- <sup>16</sup> 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
- <sup>17</sup> 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.
- <sup>18</sup> CFES/CNAMTS/IPSOS Opinion, Les habitudes de consommation d'alcool des Français, Etude quantitative, France métropolitaine, septembre 1998
- <sup>19</sup> 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.
- <sup>20</sup> 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.
- <sup>21</sup> Bien que 2003 soit l'année de référence, nous les avons inclus dans la cohorte.
- <sup>22</sup> 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).
- <sup>23</sup> Les sujets pouvant citer plusieurs compléments de formation, le total est supérieur à 100 %.
- <sup>24</sup> 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)
- <sup>25</sup> Voir annexe 6

- <sup>26</sup> Ce questionnaire élaboré par l'OMS figure à l'annexe 5
- <sup>27</sup> 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.
- <sup>28</sup> 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.
- <sup>29</sup> A titre d'information, les tests les plus couramment utilisés en Médecine, DETA et AUDIT, figurent en annexes 5 et 6
- <sup>30</sup> Source INSERM, 1998 : nombre de bulletins de décès désignant l'alcool comme cause de la mort.
- <sup>31</sup> *Dictionnaire des Résultats de Consultation - Société Française de Médecine Générale DRMG N° 58 - Page 13*
- <sup>32</sup> 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.
- <sup>33</sup> **DETA** Traduction française du questionnaire CAGE (Cut off, Annoyed, Guilty, Eye opener) proposé par Ewing (1984), le DETA (acronyme de « diminuer, entourer, 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.