

Dr Marie Blanquet*, Dr Jacques Malaval*, Pr Claude Campagne***, Pr Laurent Gerbaud**.***,
Pr Pierre Michel Llorca**.***, Mme Chantal Noirfalise****

* Cabinet médical, Rue d'Empradel, Pléaux, France

** Service de santé publique, CHU, Hôtel Dieu, Boulevard Léon Malfreyt, F-63058 Clermont-Ferrand Cedex 1

*** Département de médecine générale, Faculté de médecine, Clermont-Ferrand, France

**** Université d'Auvergne, Clermont-Ferrand, France

***** Service de psychiatrie, Centre médico-psychologique, CHU Gabriel Montpied, Clermont-Ferrand, France

Correspondance : Dr Marie Blanquet. Tél. : 33 (0)4 73 75 06 50 – Courriel : mblanquet@chu-clermontferrand.fr

Reçu septembre 2010, accepté janvier 2011

Mésusage de l'alcool : un dépistage inexistant

Étude observationnelle de l'activité de prévention de médecins généralistes

Résumé

Introduction : la consommation excessive d'alcool est la deuxième cause de mortalité évitable en France. La prévention est une mission des médecins généralistes. Objectifs : mesurer la notification dans les dossiers médicaux des patients, par les médecins généralistes du Puy-de-Dôme, de la consommation déclarée d'alcool (CDA) et de la catégorisation de celle-ci au cours de l'année écoulée. Identifier les déterminants de la "non-réalisation" de ces actes. Méthode : des médecins généralistes tirés au sort remplissaient un questionnaire socio-professionnel et sélectionnaient leurs 15 derniers consultants afin qu'une enquêtrice mesure leur activité de prévention. Les caractéristiques socioprofessionnelles des médecins étaient les variables explicatives qui, par analyses inférentielle et multivariée, ont permis d'identifier les déterminants de la "non-réalisation" de la prévention. Résultats : un échantillon représentatif de 179 médecins, constituant 2 453 dossiers-patients, ont été inclus. La CDA et sa catégorisation étaient respectivement mesurées dans 11,22 % et 0,57 % des dossiers. La formation médicale initiale et continue et les outils de gestion des dossiers étaient les principaux déterminants identifiés. Discussion : interroger les patients sur leur CDA n'est pas une pratique usuelle de prévention des médecins généralistes. Une enquête mesurant les besoins en formation des médecins et l'accessibilité à des outils simples et pratiques de dépistage paraît nécessaire.

Mots-clés

Médecin généraliste – Prévention – Consommation d'alcool – Formation.

Summary

Nonexistent screening for alcohol misuse. Observational study of general practice prevention

Introduction: heavy drinking is the second leading avoidable cause of mortality in France. General practitioners are essentially responsible for prevention of this risk. Objectives: to measure recording of declared alcohol consumption (DAC) and classification of this consumption during the previous year in patients' medical files by general practitioners of the Puy-de-Dôme department (France) and to identify the determinants of failure to perform these procedures. Method: randomly selected general practitioners filled in a socioeconomic questionnaire and selected their 15 most recent patients to allow an investigator to measure their prevention activities. The socioeconomic characteristics of the general practitioners were explanatory variables which, by inferential and multivariate analyses, were used to identify the determinants of failure to ensure prevention. Results: a representative sample of 179 general practitioners, comprising 2,453 patient files, were included. DAC and its classification were measured in 11.22% and 0.57% of case files, respectively. The initial and continuing medical education and case file management tools were the main determinants identified. Discussion: questioning patients about their DAC is not a common prevention practice for general practitioners. A survey measuring the training needs of general practitioners and accessibility to simple tools and screening practices appears necessary.

Key words

General practitioner – Prevention – Alcohol consumption – Training.

La consommation d'alcool est un problème de santé publique majeur en France en dépit des différentes actions menées visant à la réduire. Les définitions mêmes de l'usage à risque ont fait l'objet de controverses et restent mal connues. À l'heure actuelle, les seuils de consommation arrêtés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sont (1) : jamais plus de quatre verres par occasion pour l'usage ponctuel ; pas plus de 21 verres par semaine pour l'usage régulier chez l'homme (trois verres par jour en moyenne) ; pas plus de 14 verres par semaine pour l'usage régulier chez la femme (deux verres par jour en moyenne) ; abstinence de toute consommation d'alcool au moins un jour par semaine. La Société française d'alcoologie (SFA) identifie et définit trois types de mésusage (1) : l'usage à risque (consommation supérieure aux seuils dits de l'OMS et non encore associée à un dommage, mais susceptible d'en induire à court, moyen ou long terme) ; l'usage nocif (existence d'un dommage médical, psychique ou social sans dépendance) ; l'alcoolo-dépendance (perte de maîtrise de la consommation).

L'OMS définit la prévention comme primaire, secondaire ou tertiaire selon qu'elle a pour objectif la mise en œuvre de moyens pour empêcher l'apparition d'une pathologie ou d'un symptôme, la détection précoce des maladies – dans le but de les découvrir à un stade où elles peuvent être traitées – et l'évitement de complications dans les maladies déjà présentes. Le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB), outil qui a pour but de réduire la consommation d'alcool au-dessous des seuils définis par l'OMS, est un outil de prévention primaire pour les patients abstinentes ou à usage simple, de prévention secondaire pour les patients à usage à risque ou nocif et de prévention tertiaire pour les patients alcoolo-dépendants.

Le contexte français

Situation épidémiologique

En France, le mésusage de l'alcool est responsable de 14 % des décès chez l'homme et de 3 % des décès chez la femme ; il se place au deuxième rang des causes de mortalité évitable (2). L'enquête Santé et protection sociale 2002 mesurait, parmi les populations masculine et féminine, respectivement 31 % et 11 % de consommateurs à risque ponctuel (consommation par semaine non excessive ou au moins six verres pas plus d'une fois par /mois) et 13 % et 2 % de consommateurs à risque chronique (consommation par semaine excessive ou au moins six verres au moins une fois par semaine) (3).

Coût social de l'alcool

En 2000, le coût social de l'alcool était estimé à 37 030,91 millions d'euros soit 2,37 % du produit intérieur brut (4). Les principaux postes de coût étaient par ordre décroissant d'importance : les pertes de productivité (43 %), les pertes de revenus des individus consommateurs ou non (19 %) et les dépenses de santé (17 %).

Intérêt d'une systématisation du dépistage

En 2000, une enquête réalisée par les Observatoires régionaux de santé (ORS) avait, d'une part, mesuré une prévalence du mésusage de 30 % parmi les personnes ayant recours aux soins "un jour donné" en médecine générale de ville et, d'autre part, comparé les résultats des tests (AUDIT : *Alcohol use disorders identification test* et DETACAGE : *Diminuer entourage trop alcool – Cut off annoyed guilty eye-opener*) à l'avis des médecins généralistes (5). Ces derniers avaient correctement identifié le mésusage chez 30 % des hommes et 26 % des femmes. Si ces résultats sont à nuancer du fait de limites méthodologiques, le repérage systématique paraît nécessaire, ce que confirment les recommandations de la SFA (6).

Repérage précoce et intervention brève

Efficacité du RPIB

Le RPIB est efficace ; il induit une diminution significative de la consommation hebdomadaire d'alcool en situation de mésusage (7-10). Le projet *Trial for early alcohol treatment* (11) ciblait des patients âgés de 18 à 65 ans, consommateurs à risque (plus de 14 ou 11 verres/semaines pour les hommes ou femmes ; plus de cinq verres lors de quatre occasions ou plus lors des 30 derniers jours) et révélait une efficacité clinique à long terme (48 mois) du RPIB quel que soit le sexe des patients. L'analyse coût-bénéfice réalisée du point de vue sociétal mesurait un bénéfice net par patient de 7 780 \$ [894 \$; 14 668 \$], expliqué par les coûts évités suite, d'une part, à la diminution du nombre d'accidents de la voie publique et de violation du code de la route et, d'autre part, à la baisse du nombre de passages aux urgences et de jours d'hospitalisation.

Le RPIB : du domaine du médecin généraliste

Le taux de recours annuel aux soins pour les omnipraticiens, mesuré par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMts) sur l'échantillon général

des bénéficiaires, était en 2009 de 80,9 % pour les patients âgés de 17 à 59 ans et de 91,6 % pour ceux de 60 ans et plus (12). Deux lois récentes – des 4 mars 2002 et 13 août 2004 – définissent le rôle de prévention du médecin généraliste. Ainsi, de par l'étendue de la population qu'il est amené à voir en consultation et la définition de son rôle de médecin de prévention, le médecin généraliste semble être l'acteur de soins de santé primaires le plus à même de réaliser le RPIB.

Hypothèses et objectifs

Deux hypothèses de travail avaient été émises : les médecins généralistes n'interrogeaient pas systématiquement les patients sur leur consommation d'alcool, comme deux études conduites au stade 1 du programme de l'OMS l'avaient démontré (13, 14), et la réalisation de cet acte de prévention était dépendante de facteurs de l'activité professionnelle. Pour l'acte de prévention "alcool", l'objectif principal était de mesurer :

- la notification, par les médecins généralistes du Puy-de-Dôme, de la consommation déclarée d'alcool (CDA) dans les dossiers médicaux des patients ;
- la catégorisation du type d'usage, à l'aide de tests tels que le DETA-CAGE, au cours de l'année écoulée.

L'objectif secondaire était d'identifier les facteurs associés à la pratique de ces deux activités de prévention.

Matériels et méthode

Type d'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle, menée dans le Puy-de-Dôme du 15 juillet 2007 au 30 septembre 2007.

Le recueil des données était basé sur deux questionnaires :

- un premier, "médecin généraliste", relevant leurs caractéristiques socioprofessionnelles ;
- un second, "dossier patient", mesurant leur activité de prévention.

Les médecins installés dans le département du Puy-de-Dôme depuis au moins cinq ans et en activité au moment de l'enquête étaient inclus. Les critères d'inclusion des dossiers médicaux étaient : patients âgés de 18 ans et plus, vus en consultation ou en visite si le médecin possédait un dossier au cabinet sous un format identique à celui des autres dossiers et suivis par le même médecin depuis au moins cinq ans. Les critères d'exclusion des dossiers médicaux étaient les suivants : actes de prévention pri-

maire ou secondaire non pertinents (soins palliatifs) et patients relevant de la prévention tertiaire pour les maladies cardiovasculaires, les cancers et les troubles cognitifs.

Méthode de constitution des groupes

L'Union régionale des médecins libéraux (URML) d'Auvergne a réalisé le codage aléatoire chiffré et le tirage au sort des médecins généralistes, dont le résultat a été remis à l'enquêtrice en respectant les règles de bonne pratique de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Deux listes ont été constituées, une principale de 200 médecins et une supplémentaire de 150 médecins. Lorsqu'un médecin refusait de participer, l'un de la liste supplémentaire était contacté, et ce, dans la limite de temps impartie pour l'enquête, à savoir trois mois.

Mode de sélection des dossiers

Les dossiers des patients étaient sélectionnés au cabinet du médecin généraliste. Le médecin partait du dernier patient vu en consultation ou en visite lors de sa dernière journée travaillée et incluait les dossiers selon les critères d'inclusion et d'exclusion jusqu'à avoir sélectionné au maximum 15 patients.

Élaboration des questionnaires

Le questionnaire "médecin généraliste" (annexe 1) a été construit à partir de variables susceptibles d'influer son activité de prévention : ancienneté de l'année de thèse, type d'exercice, pratique conjointe d'une activité salariée, mode de conservation des dossiers, logiciel médical utilisé (classé par noms commerciaux et logiciel personnalisé), participation à la formation médicale continue (FMC), accueil d'un interne de médecine générale en stage, investissement dans une autre activité en lien avec la médecine, caractéristiques des activités extra-médicales (lectures, culture et sport). Ces caractéristiques étaient les variables explicatives. Ce questionnaire, élaboré grâce au logiciel Le Sphinx, a été testé sur les dix premiers médecins interviewés.

Le questionnaire "dossier patient" (annexe 2) est fondé sur celui utilisé lors de précédentes enquêtes conduites au Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand (15) ; il a été adapté à la médecine générale et testé lors des trois premiers entretiens. Les dossiers cibles et les objectifs de réalisation des actes de prévention étaient basés sur les recommandations nationales (annexe 3).

Annexe 1. – Questionnaire “médecin généraliste”

CARACTÉRISTIQUES DU MÉDECIN

1. Numéro du médecin [][][][]
2. Depuis combien d’années êtes-vous thésé ?
 [0 à 15[[15 à 30[[plus de 30[

CARACTÉRISTIQUES DE L’ACTIVITÉ MÉDICALE

3. Vous exercez :
 seul en association
4. Exercez-vous une activité salariée en parallèle ?
 oui non
5. Si oui, quel type d’activité exercez-vous ?
 vacations hospitalières vacations en centre de PMI autre
6. Si “autre”, précisez :
7. Vos dossiers médicaux sont-ils (2 réponses possibles) :
 informatisés sur papier
8. S’ils sont informatisés, précisez le logiciel utilisé :
9. Participez-vous à la formation médicale continue (FMC) ?
 oui non
10. Si oui, comment y participez-vous ? (plusieurs réponses possibles)
 lecture d’articles de presse médicale réunion organisée par l’association locale de FMC
 revue avec test de littérature séminaires organisés par les associations régionales et nationales de FMC
 participation à des groupes de pairs autre
11. Si “autre”, précisez :
12. Accueillez-vous un interne en médecine générale dans le cadre de son stage chez le praticien ou en SASPAS ?
 oui non
13. Vous investissez-vous dans une activité en relation avec la médecine ?
 oui non
14. Si oui, voulez-vous préciser ? (plusieurs réponses possibles)
 syndicalisme organisation de séminaires de FMC
 enseignement à la Faculté de médecine de Clermont-Ferrand membre d’une ONG ou d’une association
 politique autre
 Conseil de l’ordre des médecins
15. Si “autre”, précisez :

CARACTÉRISTIQUES DES ACTIVITÉS EXTRA-MÉDICALES

16. Lisez-vous des ouvrages non médicaux (journaux papiers, revues, livres)?
 oui non
17. Si oui, veuillez-préciser à quelle fréquence :
 plus d’une fois par semaine une fois par semaine
 au moins une fois par mois moins d’une fois par mois
18. Allez-vous au cinéma, à des concerts, au théâtre, à l’opéra... ?
 oui non
19. Si oui, veuillez-préciser à quelle fréquence :
 plus d’une fois par semaine une fois par semaine
 au moins une fois par mois moins d’une fois par mois
20. Pratiquez-vous une activité sportive ?
 oui non
21. Si oui, veuillez-préciser à quelle fréquence :
 plus d’une fois par semaine une fois par semaine
 au moins une fois par mois moins d’une fois par mois

Annexe 2. – Questionnaire “dossier patient”

			Numéro du médecin interrogé
			Numéro questionnaire
ACTES DE PREVENTION	CIBLES	OBJECTIFS	MESURES
VACCINATIONS ET SÉROLOGIES			
Diphtérie	Tout le monde	Dernière injection < 10 ans	O ¹ N ²
Tétanos	Tout le monde	Dernière injection < 10 ans	O N
Coqueluche	Personne ≤ 40 ans	Dernière injection < 10 ans	O N PC ³
Poliomyélite	Tout le monde	Dernière injection < 10 ans	O N
Rubéole	Femme en âge de procréer	1 vérification de la vaccination complète ou de la sérologie	O N PC
Toxoplasmose	Femme nullipare en âge de procréer	1 sérologie réalisée	O N PC
Grippe	Personne ≥ 65 ans	Dernière injection < 1 an	O N PC
FACTEURS DE RISQUE CARDIOVASCULAIRE (FdRCV)			
Âge	Tout le monde	Homme > 50 ans ou Femme > 60 ans connue	O N
Tabagisme	Tout le monde	Dernière évaluation du statut tabagique < 1 an	O N
Tension artérielle	Tout le monde	Dernière mesure < 1 an	O N
Exploration d'une anomalie lipidique (EAL)	Personne < 80 ans et avec 1 FdRCV ou Personne ≥ 80 ans si traitement hypocholestérolémiant avant 80 ans	Dernier bilan de cholestérol < 3 ans si prise en charge thérapeutique avant 80 ans	O N PC
Glycémie à jeun	Personne avec au moins 1 FdRCV	Dernière glycémie < 3 ans	O N PC
ANTHROPOMÉTRIE			
Mesure du poids	Tout le monde	Dernière mesure < 1 an	O N
Mesure de la taille	Tout le monde	Dernière mesure < 1 an	O N
Mesure de l'indice de masse corporelle	Tout le monde	Dernière mesure < 1 an	O N
CANCERS			
Cancer du sein	50 ans ≤ Femme ≤ 74 ans	Dernière mammographie < 2 ans	O N PC
Cancer du col de l'utérus	20 ans ≤ Femme ≤ 74 ans et en l'absence d'hystérectomie comprenant l'ablation du col	Dernier frottis < 2 ans	O N PC
Cancer du colon	50 ans ≤ Patient ≤ 74 ans et si date coloscopie pour autre justification que la surveillance d'un cancer > 5 ans	Dernière recherche de présence de sang dans les selles < 2 ans	O N PC
Cancer de la prostate	Personne ≥ 75 ans	Dernier interrogatoire et examen clinique < 1 an	O N PC
ADDICTOLOGIE			
Consommation d'alcool	Tout le monde	Dernière évaluation de la consommation < 1 an Dernière catégorisation du type de consommation par questionnaire (type DETA-CAGE ⁴) < 1 an	O N O N
Consommation de tabac	Fumeur	Dernière évaluation de la consommation en paquet-année ou en nombre de cigarettes par jour < 1 an Dernière catégorisation du type de dépendance : comportementale ou environnementale ; physique (réalisation du test de Fagerström) ; psychologique < 1 an	O N PC O N PC
TROUBLES COGNITIFS			
Réalisation d'un <i>Minimal mental state examination</i> (MMSE)	Personne ≥ 75 ans Personne ≥ 75 ans	Au moins 1 MMSE réalisé Dernier MMSE < 1 an	O N PC O N PC
RISQUE DE CHUTE			
Avez-vous chuté ?	Personne ≥ 75 ans	Dernière évaluation < 1 an	O N PC
<i>Up and go test</i>	Personne ≥ 75 ans	Dernière évaluation < 1 an	O N PC
<i>Walking and talking</i>	Personne ≥ 75 ans	Dernière évaluation < 1 an	O N PC
Appui unipodal	Personne ≥ 75 ans	Dernière évaluation < 1 an	O N PC
Poussée sternale	Personne ≥ 75 ans	Dernière évaluation < 1 an	O N PC

¹ oui ; ² non ; ³ pas concerné ; ⁴ Diminuer entourage trop alcool – *Cut off Annoyed Guilty Eye-opener*.

Annexe 3. – Sources des recommandations utilisées pour l’élaboration du questionnaire “dossier patient”

		Sources et dates des recommandations
Vaccinations et sérologies	Diphtérie ; Tétanos ; Poliomyélite ; Coqueluche ;	Conseil supérieur d’hygiène publique, 2006
	Rubéole ; Grippe Toxoplasmose	Agence française de sécurité sanitaire des aliments, 2006
Facteurs de risque cardiovasculaire	Tabac	Haute autorité de santé, 2007
	Pression artérielle	Haute autorité de santé, 2005
	Exploration d’une anomalie lipidique (EAL)	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, 2005
	Glycémie à jeun	Haute autorité de santé, 2006
Anthropométrie	Poids ; Taille ; Indice de masse corporelle	Haute autorité de santé, 2004
Cancers	Cancer du sein	Haute autorité de santé, 1999
	Cancer du col de l’utérus	Haute autorité de santé, 1998
	Cancer du colon	<i>Advisory committee on cancer prevention</i> , 2000
	Cancer de la prostate	Haute autorité de santé, 1998
Addictologie	Alcool	Société française d’alcoolologie, 2001
	Tabac	Haute autorité de santé, 2007
Troubles cognitifs	Réalisation du <i>Minimal mental state examination</i>	Haute autorité de santé, 2000
Risque de chute	Le patient a-t-il chuté ?	Haute autorité de santé, 2005
	Tests évaluant le risque de chute	Haute autorité de santé, 2005

Analyse des dossiers patients

Le médecin était interrogé de façon anonyme et l’enquêtrice n’avait aucun accès direct aux dossiers médicaux. Notre travail était focalisé sur les préventions primaire et secondaire. 20 actes de prévention répartis en sept groupes ont été mesurés : vaccinations et sérologies, facteurs de risque cardiovasculaires, anthropométrie, dépistage des cancers, des addictions, des troubles cognitifs et du risque de chute. Pour l’acte de prévention “alcool”, nous avons recherché si le médecin généraliste avait noté la CDA et catégorisé le type d’usage du patient à l’aide de test (DETA-CAGE) au cours de l’année écoulée.

Calcul du nombre de sujets nécessaire

Le calcul du nombre de sujets nécessaire s’est fondé sur la prévalence française des pathologies ciblées par les actes de prévention de notre étude, et plus précisément sur celle ayant la prévalence la plus élevée, correspondant au nombre de sujets nécessaire maximum à atteindre. Avec une prévalence de 40 %, l’hypertension artérielle a servi de référence : le nombre de dossiers patients nécessaire était de 2 305 (risque α de première espèce de 5 % et précision de 2 %). À raison de dix à 15 dossiers patients par médecin généraliste, du fait de la contrainte temporelle fixée à 30 minutes par entretien, le nombre de médecins nécessaire était de 154 à 230.

Analyse statistique

Des analyses descriptives des questionnaires “médecin généraliste” et “dossier patient” ont été réalisées. Une analyse inférentielle simple (test du χ^2) a identifié les variables explicatives ayant une influence sur la “non-réalisation” de la prévention au seuil de 0,05. Une analyse multivariée (régression logistique : probabilité de non-réalisation versus réalisation) a été effectuée. Les modèles multivariés étaient considérés comme valides au seuil de 0,05 pour le test du maximum de vraisemblance et au seuil de 60 % pour le pourcentage de concordants. Des risques relatifs ajustés (RRa) ont été calculés à partir des odds ratio ajustés (ORa) obtenus dans les régressions logistiques (16).

Résultats

549 médecins généralistes répondaient aux critères d’inclusion ; 261 des médecins tirés au sort ont été appelés, parmi lesquels 72 ont refusé de participer, dix ont été exclus (sept étaient installés depuis moins de cinq ans et trois avaient cessé leur activité) et 179 ont finalement été inclus. L’analyse descriptive du questionnaire “médecin généraliste” est présentée dans le tableau I. Notre échantillon est représentatif de la population des médecins généralistes au vu du sexe et du type de milieu d’installation (tableau II).

Tableau I : Résultats de l'analyse descriptive du questionnaire "médecin généraliste" : variables explicatives et leurs modalités, exprimées en nombre et en pourcentage

Variables explicatives	Modalités des variables explicatives	Nombre (pourcentage)
Sexe	Homme	121 (67,60 %)
	Femme	58 (32,40 %)
Type de milieu d'installation	Ville (centre)	66 (36,87 %)
	Périphérie	50 (27,93 %)
	Ville isolée	21 (11,73 %)
	Rural	42 (23,46 %)
Année de thèse	Récente [5 ans-15 ans]	36 (20,11 %)
	Moyennement récente [15 ans-30 ans]	109 (60,89 %)
	Ancienne \geq 30 ans	34 (18,99 %)
Type de pratique médicale	Seul	92 (51,40 %)
	En groupe	87 (48,60 %)
Type d'activité salariée	Aucune	132 (73,74 %)
	Hôpital	12 (6,70 %)
	Établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes	12 (6,70 %)
	Autre	23 (12,85 %)
Mode de conservation des dossiers médicaux	Informatisé	67 (37,43 %)
	Sur papier	38 (21,23 %)
	Les deux	74 (41,34 %)
Type de logiciel	Aucun	38 (21,30 %)
	Logiciels commerciaux	116 (64,80 %)
	Logiciel personnel	7 (3,91 %)
	Autre	18 (10,60 %)
Type de formation médicale continue (FMC)	Lecture d'articles de presse médicale	158 (88,27 %)
	Revue médicale avec un test de lecture	46 (25,70 %)
	Participation à des groupes de pairs	44 (24,58 %)
	Réunion organisée par les associations locales de FMC	135 (75,42 %)
	Séminaire organisé par les associations régionales/nationales de FMC	101 (56,42 %)
	Autre	48 (26,82 %)
Accueil d'un interne en stage	Oui	32 (17,88 %)
	Non	147 (82,12 %)
Participation à une activité en lien avec la médecine	Oui	63 (35,20 %)
	Non	116 (64,80 %)
Lecture d'ouvrages non médicaux	Plus d'une fois par semaine	133 (74,30 %)
	Une fois par semaine	26 (14,53 %)
	Une fois par mois / Moins d'une fois par mois / Jamais	20 (11,17 %)
Pratique d'une activité culturelle	Plus d'une fois par semaine / Une fois par semaine	16 (8,94 %)
	Une fois par mois	68 (37,99 %)
	Moins d'une fois par mois / Jamais	95 (53,07 %)
Pratique d'une activité sportive	Plus d'une fois par semaine	59 (32,96 %)
	Une fois par semaine	56 (31,28 %)
	Une fois par mois / Moins d'une fois par mois / Jamais	64 (35,75 %)

Tableau II : Comparaison de pourcentage entre les caractéristiques des médecins généralistes de la population et ceux de notre échantillon

Caractéristiques des médecins généralistes		Population Nombre (pourcentage)	Échantillon Nombre (pourcentage)	p
Sexe	Homme	390 (71,04 %)	121 (67,60 %)	0,155
	Femme	159 (28,96 %)	58 (32,40 %)	0,155
Type de milieu d'installation*	Ville (centre)	221 (40,26 %)	66 (36,87 %)	0,178
	Périphérie	142 (25,87 %)	50 (27,93 %)	0,264
	Ville isolée	65 (11,84 %)	21 (11,73 %)	0,482
	Rural	121 (22,04 %)	42 (23,46%)	0,323

* selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

121 médecins (67,60 %) ont pu sélectionner les 15 patients requis, et seulement deux médecins ont sélectionné moins de dix patients. Notre échantillon est composé de 2 453 dossiers patients. Le pourcentage de réponses pour chaque acte varie de 99,22 % à 100 %. L'analyse descriptive du questionnaire "dossier patient" révèle que les médecins généralistes interrogés et notent dans le dossier médical de leur patient la CDA dans 11,22 % des cas et qu'ils catégorisent le type de consommation dans 0,57 % des cas.

Concernant l'évaluation de l'addiction à l'alcool, aucun déterminant n'a été mis en évidence par l'analyse inférentielle simple, ce qui est dû au fait qu'il s'agissait d'une pratique exceptionnelle.

Les déterminants de la non-réalisation de l'évaluation de la CDA identifiés par l'analyse inférentielle simple, présentés dans le tableau III, sont : le type d'activité salariée, le mode de conservation des dossiers médicaux, le logiciel médical utilisé, les types de FMC suivies, la participation à une activité en lien avec la médecine et la pratique d'une activité sportive. Ainsi, les médecins n'ayant pas d'activité salariée, ou en ayant une en Établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou autre (centre de Protection maternelle et infantile – PMI), notent moins la CDA dans les dossiers médicaux. Les deux variables relatives à la conservation des dossiers médicaux, "mode de conservation" et "logiciels", ont une influence sur la non-réalisation de l'acte de prévention. Les médecins qui

Tableau III : Résultats de l'analyse inférentielle simple de la probabilité d'absence de réalisation de la prévention

Caractéristiques des médecins généralistes	ddl ¹	Valeur p	Risque relatif
Année de thèse	2	0,092	
Récente [5 ans ; 15 ans[1,0
Moyennement récente [15 ans ; 30 ans[1,0 [1,0 ; 1,1]
Ancienne ≥ 30 ans			1,0 [1,0 ; 1,1]
Type d'activité salariée	3	0,0269	
Pas d'activité salariée			1,0 [1,0 ; 1,1]
Vacations hospitalières			1,0
Établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes			1,1 [1,0 ; 1,2]
Autre activité salariée			1,1 [1,0 ; 1,2]
Mode de conservation des dossiers médicaux	2	0,003	
Informatique			1,1 [1,0 ; 1,1]
Sur papier			1,1 [1,0 ; 1,1]
Les deux			1,0
Logiciels	9	< 0,0001	
Pas de logiciel			1,2 [1,1 ; 1,3]
DocWare			1,0
HelloDoc			1,1 [1,0 ; 1,1]
MédiClick!			1,2 [1,1 ; 1,2]
Autre			1,1 [1,0 ; 1,1]
AxiSanté			1,2 [1,1 ; 1,3]
Églantine			1,2 [1,1 ; 1,3]
Personnel			1,2 [1,1 ; 1,3]
MédiStory			1,1 [1,0 ; 1,2]
Crossway Ville			1,1 [1,0 ; 1,2]
Séminaires organisés par les associations régionales ou nationales de formation médicale continue (FMC)	1	0,0012	
Pas de participation			1,05 [1,0 ; 1,1]
Formations médicales continues "autres"	1	0,0003	
Pas de participation			1,1 [1,0 ; 1,1]
Investissement dans une activité en lien avec la médecine	1	< 0,0001	
Pas d'investissement			1,1 [1,0 ; 1,1]
Activité sportive	2	< 0,0001	
Plus d'une fois par semaine			1,1 [1,0 ; 1,1]
Une fois par semaine			1,0
Une fois par mois / Moins d'une fois par mois / Jamais			1,1 [1,0 ; 1,2]

¹ nombre de degrés de liberté.

ont des dossiers informatisés notent moins la CDA de leurs patients, et ce, quel que soit le logiciel utilisé. Les médecins qui n'ont pas participé aux séminaires organisés par les associations régionales ou nationales de FMC et qui n'ont pas d'activité de FMC "autre" (Internet par exemple) notent moins la CDA dans les dossiers. Il en est de même pour les médecins non investis parallèlement dans une autre activité et pour ceux pratiquant une faible activité sportive (un fois par mois ou moins d'une fois par mois ou jamais) ou un sport plus d'une fois par semaine.

L'analyse multivariée était valide (concordants : 64,10 % ; discordants 16,8 % et facteur de vraisemblance : 0,0006). La pratique d'une activité sportive, le logiciel employé, l'investissement dans une activité en lien avec la médecine, le type de FMC et l'ancienneté de l'année de thèse ont été identifiés comme des déterminants (tableau IV). La CDA est 1,1 fois moins notée par les médecins qui pratiquent une activité physique faible ou plus d'une fois par semaine, qui ne sont pas investis dans une autre activité liée à la médecine, qui ne participent pas aux séminaires organisés à l'échelon régional ou national et qui ont obtenu leur thèse il y a 15 à 30 ans. La CDA est 1,2 fois moins notée dans les dossiers des patients pour l'ensemble des logiciels testés.

Discussion

Principaux résultats

Les médecins généralistes ne notent pas systématiquement dans les dossiers médicaux la CDA des patients, ce qui confirme notre hypothèse. La catégorisation du type d'usage de l'alcool est une pratique exceptionnelle. Parmi les facteurs identifiés, la notification de la CDA est déterminée par :

- la qualité de l'outil de gestion des dossiers médicaux dont les médecins disposent ;
- les différents types de FMC auxquels ils participent ;
- l'ancienneté de leur année de thèse ;
- leur investissement dans une activité en lien avec la médecine ;
- le fait d'exercer une activité sportive.

Trois catégories peuvent être dégagées de l'étude de ces facteurs : la formation, l'organisation et l'aspect personnel. En ce qui concerne la formation, une révision des programmes des étudiants en médecine et un plus grand nombre de formations continues adaptées à la médecine générale pourraient être bénéfiques. Pour l'aspect organi-

Tableau IV : Résultats de l'analyse multivariée de la probabilité d'absence de réalisation de la prévention

Ordre ¹	Variables	Modalités des variables	β^2	Valeur P	ORa ³	IC ⁴ à 95 % de l'ORa ³	RRa ⁵	IC ⁴ à 95 % du RRa ⁵
0	Constante		- 0,6232	0,1064				
1	Pratique d'une activité sportive	Plus d'une fois par semaine	0,7496	< 0,0001	2,1	[1,5 ; 3,0]	1,1	[1,0 ; 1,2]
		Une fois par semaine	-	-	1	-	1	-
		≤ Une fois par mois	0,8763	< 0,0001	2,4	[1,7 ; 3,4]	1,1	[1,0 ; 1,2]
2	Logiciels	DocWare	-	-	1	-	1	-
		HelloDoc	1,0142	0,0028	2,8	[1,4 ; 5,4]	1,2	[1,0 ; 1,3]
		Autre	0,9795	0,0031	2,7	[1,3 ; 5,1]	1,2	[1,0 ; 1,3]
		MédiStory	0,9893	0,0113	2,7	[1,2 ; 5,8]	1,2	[1,0 ; 1,3]
		Crossway Ville	1,2211	0,0082	3,4	[1,3 ; 8,4]	1,2	[1,0 ; 1,3]
		Personnel	1,6695	0,0001	5,3	[2,2 ; 12,6]	1,2	[1,1 ; 1,3]
		AxiSanté	1,3245	< 0,0001	3,8	[1,9 ; 7,3]	1,2	[1,1 ; 1,3]
		Pas de logiciel	1,4456	< 0,0001	4,2	[2,2 ; 8,1]	1,2	[1,1 ; 1,3]
		Églantine	1,5103	< 0,0001	4,5	[2,3 ; 8,6]	1,2	[1,1 ; 1,3]
MédiClick!	2,1357	< 0,0001	8,5	[4,1 ; 17,2]	1,2	[1,2 ; 1,3]		
3	Investissement dans une activité en rapport avec la médecine	Pas d'investissement dans une activité en rapport avec la médecine	0,4421	0,0033	1,6	[1,1 ; 2,1]	1,1	[1,0 ; 1,1]
4	Séminaires organisés par les associations régionales ou nationales de FMC*	Pas de participation	0,5193	0,0005	1,7	[1,2 ; 2,3]	1,1	[1,0 ; 1,1]
5	Ancienneté de l'année de thèse	Moyennement ancienne	0,4641	0,0065	1,6	[1,1 ; 2,3]	1,1	[1,0 ; 1,1]
		Récente	-	-	1	-	1	-
7	Autres types de FMC*	Pas de participation	0,3449	0,0243	1,4	[1,0 ; 2,0]	1,0	[1,0 ; 1,1]

¹ ordre d'entrée dans le modèle ; ² coefficient de régression ; ³ odds ratio ajusté ; ⁴ risque relatif ajusté ; ⁵ Intervalle de confiance ; * formation médicale continue.

sation, l'agrément des outils de gestion des dossiers médicaux par le Ministère de la santé pourrait être conditionné par une conception favorisant la réalisation d'actes de prévention. Enfin, le rôle joué par l'aspect personnel ne peut être discuté devant l'absence de comparaison possible avec des données de la littérature.

Comparaisons à d'autres études

La non-systématisation du RPIB en soins de santé primaires a été retrouvée par plusieurs travaux, menés en interrogeant les professionnels sur leur pratique (13, 14, 17-21) ou les patients sur les pratiques de leur médecin (22) à l'aide de questionnaire. De nombreuses études ont également cherché à identifier les obstacles à la réalisation du RPIB par les médecins de soins primaires. Notre travail a révélé le rôle important joué par la formation médicale initiale et continue, résultat précédemment identifié par plusieurs enquêtes (13, 14, 19, 20, 21, 23-27). L'étude de Kaner et al. (28) avait également montré le rôle positif de l'exercice en cabinet seul, ce qui n'est pas le cas de notre travail.

Il est intéressant de noter que plusieurs autres barrières avaient été identifiées par ces études : la faible efficacité du RPIB sur leur patient perçue par les médecins de soins primaires, avec une discordance entre l'efficacité globale et l'efficacité que les médecins pourraient obtenir dans leur patientèle (13, 14, 17-23, 27, 29), la contrainte temporelle liée à une charge de travail déjà lourde (13, 14, 18, 20, 21, 26, 27, 29-33), l'absence de soutien par la politique nationale dans le domaine spécifique de l'alcool, mais également dans le domaine de la médecine préventive (13, 14, 18, 23, 26), la peur d'altérer la relation avec le patient (19, 21, 27, 30) et l'absence de paiement spécifique de l'acte de prévention (26, 27, 31). Il est à noter que la peur de nuire à la relation médecin-malade a été nuancée par une étude basée sur l'interrogatoire des patients. Elle avait mis en évidence que seuls 1,8 % des patients rapportaient avoir une attitude négative envers les professionnels abordant le sujet de l'alcool (22).

Forces et limites

L'échantillon de médecins est représentatif de la population des médecins généralistes du Puy-de-Dôme, avec un pourcentage élevé de réponses ; aussi, l'extrapolation des résultats à l'ensemble des médecins généralistes répondant aux critères d'inclusion nous paraît réalisable.

Notre étude présente deux limites : d'une part, les médecins qui ont accepté de participer sont probablement

ceux qui ont une activité de prévention plus importante et, d'autre part, un acte de prévention était validé lorsqu'il était réalisé et noté dans le dossier médical du patient, ce qui tend à sous-estimer les résultats. Enfin, la délivrance du conseil minimal par les médecins généralistes, difficile à opérationnaliser, n'a pas été explorée par notre travail. Il en est de même pour l'attitude personnelle des médecins généralistes face à l'alcool, ouvrant deux voies de recherche.

Perspectives

Les formations médicales initiale et continue jouent un rôle prépondérant dans la notification de la CDA dans les dossiers médicaux des patients par les médecins généralistes du Puy-de-Dôme. Les médecins généralistes français disposent d'un outil de repérage des trois niveaux de risque élaboré lors du programme "Boire moins c'est mieux" (34) de l'Association nationale de prévention en alcoologie et en addictologie (ANPAA) et adapté à leur pratique : le questionnaire FACE (35). De plus, Anderson et al. (36) ont prouvé que la formation – et son accessibilité – et la disponibilité d'un outil de dépistage systématique approprié, simple et efficace, sont deux déterminants de la sécurité du rôle du médecin généraliste dans la réalisation du RPIB, de son engagement (motivation, estime de soi) par rapport à la réalisation du RPIB et de la satisfaction qu'il tirera de son travail avec les patients ayant un mésusage de l'alcool. Ces deux aspects sont également les déterminants du nombre de patients en situation de mésusage pris en charge. Devant ces conclusions, il nous paraît justifié d'approfondir notre travail en interrogeant les médecins généralistes de notre département sur leur connaissance des formations et outil de repérage précoce disponibles, ainsi que sur leurs besoins et motivations.

Conclusion

Les médecins généralistes mesurent rarement la CDA de leurs patients. Les principaux déterminants identifiés étaient la qualité de l'outil de gestion des dossiers dont les médecins disposent, la pratique d'une activité sportive, les formations médicales initiale et continue, ainsi que l'absence de participation à une activité en lien avec la médecine. Cependant, ces déterminants jouent un rôle limité, illustrant que le faible d'intérêt pour l'alcoolisation des patients, en l'absence de signes cliniques directs, est largement partagé.

Ces résultats – la faible fréquence de notation de la CDA et le rôle joué par la formation médicale – sont comparables à ceux retrouvés par plusieurs travaux. Une étude a mis en

évidence que la formation dispensée et son accessibilité, ainsi que la disponibilité d'outil de dépistage simple d'utilisation en pratique sont significativement liés à une augmentation de patients consommateurs à risque ou excès pris en charge. Par conséquent, conduire une enquête dans notre département afin de mesurer les besoins, attentes et connaissances des médecins généralistes sur les formations et outils disponibles nous paraît nécessaire. ■

Remerciements. – URML d'Auvergne et médecins généralistes participants.

M. Blanquet, J. Malaval, C. Campagne, L. Gerbaud, P.M. Llorca, C. Noirfalise
Mésusage de l'alcool : un dépistage inexistant. Étude observationnelle de l'activité de prévention de médecins généralistes
Alcoologie et Addictologie 2011 ; 33 (3) : 215-225

Références bibliographiques

- 1 - Société Française d'Alcoologie. Les conduites d'alcoolisation. Lecture critique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique ? Pour quel patient ? Sur quels critères ? Recommandations pour la pratique clinique. *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (45) : 15-72S.
- 2 - Groupe Technique National de Définition des Objectifs de Santé Publique (GTNDO). Analyse des connaissances disponibles sur des problèmes de santé sélectionnés, leurs déterminants, et les stratégies de santé publique, définition d'objectifs. Rapport. Paris : La documentation française, 2003 : 15.
- 3 - Com-Ruelle L, Dourgnon P, Jusot F, Lengagne P. Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque ? *Questions d'économie de la santé* 2008 ; 129 : 6 pages.
- 4 - Fenoglio P, Parel V, Kopp P. Le coût social de l'alcool, du tabac et des drogues illicites en 2000. *ADSP* 2006 ; 55 : 69-74.
- 5 - Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). Le risque d'alcoolisation excessive : des écarts entre les déclarations des patients et l'avis des médecins. Paris : DREES, 2005 : 405.
- 6 - Société Française d'Alcoologie. Les mésusages d'alcool en dehors de la dépendance. Usage à risque – Usage nocif. *Alcoologie et Addictologie* 2003 ; 25 (45) : 35-55.
- 7 - Kaner EF, Dickinson HO, Beyer FR, Campbell F. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane database Syst Rev* 2007 ; 18 (2) : CD004148.
- 8 - Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction* 2002 ; 97 : 279-292.
- 9 - Wilk AI, Jensen NM, Havighurst TC. Meta-analysis of randomized control trials addressing. Brief interventions in heavy alcohol drinkers. *J Gen Intern Med* 1997 ; 12 : 274-283.
- 10 - Anderson P. Effectiveness of general practice interventions for patients with harmful alcohol consumption. *BJGP* 1993 ; 43 : 386-389.
- 11 - Fleming MF, Mundt MP, French MT, Baier Manwell L, Stauffer EA, Lawton Barry K. Brief physician advice for problem drinkers: long term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcohol Clin Exp Res* 2002 ; 26 (1) : 36-43.
- 12 - Sécurité Sociale. www.securite-sociale.fr/chiffres/lfss/lfss2011/2011_plfss_pqe/2011_plfss_pqe_maladie_9.pdf
- 13 - Kaner EF, Heather N, McAvoy BR, Lock CA, Gilvarry E. Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: attitudes and practices of English general practitioners. *Alcohol Alcohol* 1999 ; 34 (4) : 559-566.
- 14 - Bouix JC, Gache P, Rueff B, Huas D. Parler d'alcool reste un sujet tabou : connaissances, opinions, attitudes et pratiques de médecins généralistes français concernant l'alcool. *Rev Prat Méd Gén* 2002 ; 16 (588) : 1488-1492.
- 15 - Blanquet M, Noirfalise C, Grondin MA, Gerbaud L. How a University hospital improves its prevention performance: results of two biennial studies 2004-2006. *J Prev Med Hyg* 2010 ; 51 (1) : 44-49.
- 16 - Zhang J, Yu KF. What's the relative risk? A method of correcting the odds ratio in cohort studies of common outcomes. *JAMA* 1998 ; 280 (19) : 1690-1691.
- 17 - Anderson P. Managing alcohol problems in general practice. *BMJ* 1985 ; 290 : 1873-1876.
- 18 - Rush BR, Powell LY, Crowe TG, Ellis K. Early intervention for alcohol use: family physicians' motivations and perceived barriers. *Can Med Assoc J* 1995 ; 152 (6) : 863-869.
- 19 - Kaariainen J, Sillanaukee P, Poutanen P, Seppä K. Opinions on alcohol-related issues among professionals in primary, occupational and specialized health care. *Alcohol Alcohol* 2001 ; 36 (2) : 141-146.
- 20 - Aira M, Kauhanen J, Larivaara P, Rautio P. Factors influencing inquiry about patients' alcohol consumption by primary health care physicians: qualitative semi-structured interview study. *Fam Pract* 2003 ; 20 (3) : 270-274.
- 21 - Geirsson M, Bendtsen P, Spak F. Attitudes of Swedish general practitioners and nurses to working with lifestyle change, with special reference to alcohol consumption. *Alcohol Alcohol* 2005 ; 40 (5) : 388-393.
- 22 - Aalto M, Pekuri P, Seppä K. Primary health care professionals' activity in intervening in patients' alcohol drinking: a patient perspective. *Drug Alcohol Depend* 2002 ; 66 : 39-43.
- 23 - Thom B, Tellez C. A difficult business: detecting and managing alcohol problems in general practice. *Br J Addict* 1986 ; 81 : 405-418.
- 24 - Bendtsen P, Akerlind I. Changes in attitudes and practices in primary health care with regard to early intervention for problem drinkers. *Alcohol Alcohol* 1999 ; 34 (5) : 795-800.
- 25 - Aalto M, Pekuri P, Seppä K. Primary health care nurses' and physicians' attitudes, knowledge and beliefs regarding brief intervention for heavy drinkers. *Addiction* 2001 ; 96 (2) : 305-311.
- 26 - McAvoy BR, Donovan RJ, Jalleh G, Saunders JB, Wutzke SE, Lee N et al. General practitioners, prevention and alcohol – A powerful cocktail? Facilitators and inhibitors of practising preventive medicine in general and early intervention for alcohol in particular: a 12-nation key informant and general practitioner study. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 2001 ; 8 (2) : 103-117.
- 27 - Brotons C, Bjorkelund C, Bulc M, Ciurana R, Godycki-Cwirko M, Jurgova E et al. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Prev Med* 2005 ; 40 : 595-601.
- 28 - Kaner EFS, Heather N, Brodie J, Lock CA, McAvoy B. Patient and practitioner characteristics predict brief alcohol intervention in primary care. *BJGP* 2001 ; 51 : 822-827.
- 29 - Spandorfer JM, Israel Y, Turner BJ. Primary care physicians' views on screening and management of alcohol abuse inconsistencies with national guidelines. *J Fam Pract* 1999 ; 48 (11) : 899-902.
- 30 - Aalto M, Pekuri P, Seppä K. Obstacles to carrying out brief intervention for heavy drinkers in primary health care: a focus group study. *Drug Alcohol Rev* 2003 ; 22 : 169-173.
- 31 - Rapley T, May C, Kaner EF. Still a difficult business? Negotiating alcohol-related problems in general practice consultations. *Soc Sci Med* 2006 ; 63 : 2418-2428.
- 32 - Kandel O, Miche JN. Mésusages de l'alcool. Comment optimiser le dépistage et la prise en charge. *Rev Prat Méd Gén* 2007 ; 21 : 1021-1022.
- 33 - Ampt AJ, Amoroso C, Harris MF, McKenzie SH, Rose VK, Taggart JR. Attitudes, norms and controls influencing lifestyle risk factor management in general practice. *BMC Fam Pract* 2009 ; 10 : 59.
- 34 - Arfaoui , Dewost AV, Demortière G, Abesdris J, Abramovici F, Michaud P. Repérage précoce du risque alcool : savoir faire "FACE". *Rev Prat Méd Gén* 2004 ; 18 : 201-205.
- 35 - Dewost AV, Dor B, Orban T, Rieder A, Gache P, Michaud P. Choisir un questionnaire pour évaluer le risque alcool de ses patients. *Rev Prat Méd Gén* 2006 ; 20 : 321-326.
- 36 - Anderson P, Kaner E, Wutzke S, Wensing M, Grol R, Heather N et al. Attitudes and management of alcohol problem in general practice: descriptive analysis based on findings of a world health organization international collaborative survey. *Alcohol Alcohol* 2003 ; 38 (6) : 597-601.