

Dr Marie Blanquet*, Mme Fleur Peyrol*, Mme Florence Morel***, Dr André Morge***, Dr Bertrand Maradeix****, Pr Laurent Gerbaud***, Pr Pierre Michel Llorca******

* Service de santé publique, CHU de Clermont-Ferrand, 7, place Henri Dunant, F-63058 Clermont-Ferrand Cedex 1

** EA 4681, PEPRADE – Périnatalité, grossesse, environnement, pratiques médicales et développement, Université d'Auvergne, Clermont-Ferrand, France

*** Association PARAD, Pôle psychiatrie B, CHU de Clermont-Ferrand, France

**** Centre Médico-Psychologique, CHU de Clermont-Ferrand, France

Correspondance : Dr Marie Blanquet. Courriel : mblanquet@chu-clermontferrand.fr

Reçu novembre 2014, accepté février 2015

Médecine générale

Prévalence du mésusage de l'alcool et attitudes des médecins libéraux

Résumé

Contexte : l'alcool est la deuxième cause de mortalité évitable en France et a un coût sociétal élevé. Le dépistage est une mission des médecins généralistes. Les objectifs étaient de mesurer la prévalence des usages à risque et nocif d'alcool et d'analyser les attitudes des médecins généralistes. **Méthode :** une étude observationnelle et une étude d'opinion ont été conduites de mai à octobre 2011 dans le département du Puy-de-Dôme. Les médecins généralistes inclus avaient une activité libérale. Les patients inclus étaient âgés d'au moins 18 ans et avaient consulté leur médecin traitant. Le mésusage était mesuré par le questionnaire FACE et les attitudes des médecins par le questionnaire du projet de l'Organisation mondiale de la santé sur l'alcool. **Résultats :** 60 médecins ont participé à l'enquête ; ils ont inclus 428 patients. La prévalence des usages à risque et nocif était de 17,5 %. Les médecins exprimaient une légitimité et une adéquation tout autant qu'une faible confiance en eux et une faible satisfaction professionnelle quant à la prise en charge des patients en mésusage. **Discussion :** la prévalence de l'usage à risque et nocif d'alcool est élevée. Les médecins généralistes restent dans une attitude curative et ambivalente.

Mots-clés

Mésusage de l'alcool – Médecine générale – Prévention – Repérage précoce – Intervention brève.

La consommation excessive d'alcool reste un problème important de santé publique mondiale (1, 2). En France, en 2009, respectivement 13 % et 5 % de l'ensemble des décès chez les hommes et les femmes étaient

Summary

General medicine. Prevalence of alcohol abuse and attitudes of private practitioners

Background: alcohol is the second leading cause of avoidable mortality in France and represented a high cost for society. General practitioners are at the forefront of detection of alcohol abuse. The objectives of this study were to determine the prevalence of risk drinking and harmful drinking and to analyse the attitudes of general practitioners. **Method:** an observational and opinion study was conducted from May to October 2011 in the Puy-de-Dôme department. Private practice general practitioners included patients over the age of 18 years and consulting their general practitioner. Alcohol abuse was measured by the FACE questionnaire and doctors' attitudes were measured by the World Health Organization alcohol programme questionnaire. **Results:** 60 general practitioners participated in the survey and included 428 patients. The prevalence of harmful and risk drinking was 17.5 %. Doctors expressed legitimacy and adequate skills just as frequently as low self-confidence and low professional satisfaction concerning the management of alcohol abuse patients. **Discussion:** the prevalence of harmful and risk drinking is high. General practitioners have a persistently ambivalent and curative attitude.

Key words

Alcohol abuse – General practice – Prevention – Early detection – Brief intervention.

attribuables à la consommation d'alcool, ce qui en fait la deuxième cause de mortalité évitable (3, 4). En Auvergne, en 2010, 29 % des 15-85 ans avaient une consommation à risque ponctuel et 6 % une consommation à risque

chronique (5, 6). Le coût sociétal du mésusage de l'alcool – comprenant les dépenses de santé, les conséquences de la morbi-mortalité prématurée, de l'accidentologie et des violences, et les coûts des actions de prévention, traitement et répression – est élevé. En France, en 2002, il s'élevait à plus de 37 milliards d'euros, soit 2,37 % du produit intérieur brut (7). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini des seuils de consommation sur lesquels la Société française d'alcoologie (SFA) s'est basée pour identifier trois types de mésusage (8, 9) : l'usage à risque, l'usage nocif et l'alcool-dépendance. La cinquième version du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5) identifie une seule entité, le trouble lié à la consommation d'alcool, présent si aux moins deux symptômes parmi les 11 répertoriés existent, selon trois niveaux de sévérité : légère, modérée et sévère (10).

L'intervention brève est un acte de prévention secondaire de soins de santé primaires, efficace et efficient dans la prise en charge du mésusage de l'alcool (11-19). Une récente revue de la littérature identifie les caractéristiques qui optimisent son efficacité (19). En France, il s'agit notamment du "repérage précoce – intervention brève" (RPIB).

Le médecin généraliste est un acteur de soins de santé primaires qui, chaque année, prend en charge une large partie de la population française, 80,9 % des assurés du régime général âgés de 17 à 59 ans et 91,6 % des assurés du régime général âgés de 60 ans ou plus. Par conséquent, il a une place prépondérante dans le dépistage et la prise en charge des patients en usage à risque ou nocif d'alcool.

Notre étude s'inscrit dans la continuité d'une enquête réalisée auprès des médecins généralistes du Puy-de-Dôme en 2007 (20, 21). Ce précédent travail mettait en évidence un faible renseignement de la consommation d'alcool dans les dossiers médicaux des patients (11,22 %, nombre de patients inclus = 2 451) et l'absence quasi systématique d'identification du type d'usage (0,57 %, nombre de patients inclus = 2 451). Dans ce contexte, un nouveau protocole d'enquête a été élaboré, en lien avec l'association Patients en difficulté avec l'alcool, à risque, abuseurs et dépendants (PARAD). Les hypothèses de travail initiales étaient que la prévalence des usages à risque et nocif était élevée, que les médecins généralistes discriminaient mal les trois types de mésusage de l'alcool et n'étaient pas confiants en l'efficacité de leur action de prévention envers ces patients.

L'objectif principal était de mesurer la prévalence du mésusage à risque et nocif parmi une population de consul-

tants en médecine générale libérale. L'objectif secondaire était de décrire les attitudes des médecins généralistes face au dépistage et à la prise en charge du mésusage d'alcool.

Population et méthode

Méthode

Ce travail est une enquête observationnelle qui a été conduite dans le département du Puy-de-Dôme du 2 mai au 30 octobre 2011. L'Union régionale des professions de santé – médecins libéraux a sélectionné les médecins généralistes, en respectant les critères de la Commission nationale informatique et liberté (CNIL), qui répondaient aux critères d'inclusion et a attribué un code à chacun des médecins afin de garantir une saisie anonyme des données. Les médecins généralistes qui exerçaient une activité libérale exclusive ou partielle dans le département du Puy-de-Dôme au moment de l'enquête étaient inclus.

Les médecins généralistes recevaient une enveloppe contenant une lettre explicative du projet et le matériel nécessaire à l'enquête : 15 questionnaires patients, le questionnaire médecin, les recommandations pour sélectionner les patients, la brochure de l'association PARAD et une enveloppe pré-timbrée. Les envois ont eu lieu du 2 mai au 30 juin 2011. Une relance téléphonique trois semaines après envoi a été réalisée par un membre de l'association PARAD. Il présentait le projet oralement et proposait aux médecins généralistes un entretien avec l'un des médecins de l'association. Les rappels des médecins généralistes se sont échelonnés du 24 mai au 21 octobre 2011.

Lorsque les questionnaires étaient retournés, deux bases de données étaient construites, la première pour le mode d'usage de l'alcool des patients et la seconde pour les attitudes des médecins généralistes. Les questionnaires ont été inclus jusqu'au 31 octobre 2011. Les données issues de médecins généralistes dont les critères d'inclusion n'étaient pas vérifiés ou reçus après la date d'expiration n'ont pas été prises en considération.

Population

Les patients étaient inclus par le médecin généraliste s'ils étaient âgés de 18 ans ou plus, s'ils avaient été vus en consultation au cabinet et si le médecin généraliste était

leur médecin traitant. Les patients étaient exclus s'ils avaient été vus en urgence, s'ils étaient déjà en affection de longue durée pour une dépendance à l'alcool ou si le médecin généraliste jugeait que le contexte n'était pas pertinent. Les patients étaient inclus par les médecins généralistes qui interrogeaient les trois premiers patients et les deux derniers patients éligibles au vu des critères d'inclusion, au cours d'une journée travaillée et jusqu'à inclure 15 patients.

Outils

Le matériel de l'enquête comprenait deux questionnaires :
 - un questionnaire patient qui incluait une question sur la notification de la consommation d'alcool du patient dans son dossier médical au cours de l'année écoulée et le questionnaire FACE (*Fast alcohol consumption evaluation*) d'utilisation validée en médecine générale (22, 23). Ce questionnaire est composé de cinq questions, deux sur une échelle de cinq points dont les réponses sont cotées de 0 à 4 et trois sur une échelle binaire "oui" coté 4 et "non" coté 0 pour un score total compris entre 0 et 20. Le questionnaire catégorise la consommation d'alcool en non-usage ou usage simple (score total de 0 à 3 pour les femmes et de 0 à 4 pour les hommes), usage à risque ou nocif (score total de 4 à 8 pour les femmes et de 5 à 8 pour les hommes) et dépendance (score total supérieur à 8 ; http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/Mesusage_ref.pdf) ;
 - un questionnaire médecin qui était la version française du questionnaire du projet de l'OMS sur l'identification et la prise en charge des problèmes liés à l'alcool en soins de santé primaires (questionnaire sur demande : mblanquet@chu-clermontferrand.fr). Il est composé de 90 items, dont 22 issus de deux cas cliniques. Il mesure les caractéristiques de l'exercice, la formation professionnelle continue, la connaissance des seuils de consommation d'alcool de l'OMS, le ressenti, les attentes, les besoins et les obstacles des médecins généralistes, en recueillant les réponses en oui/non ou sur des échelles de type Likert en cinq, sept ou neuf points. La mesure du ressenti est basée sur le questionnaire validé *Shortened alcohol and alcohol problems perception questionnaire* (SAAPPQ), composé de dix items classés en cinq dimensions (deux items par dimension) (24). Les scores sont calculés par dimension en additionnant le nombre correspondant à la réponse et sont rapportés sur une échelle de 0 (attitude la plus négative possible) à 100 (attitude la plus positive). Enfin, deux questions sur les connaissances et la perception de l'efficacité du RPIB ont été ajoutées.

Nombre de sujets nécessaires

Le nombre de sujets nécessaires pour le calcul d'une prévalence de mésusage (usages à risque et nocif) était de 323 patients pour une prévalence d'usage à risque ou nocif de 30 %, un risque α de première espèce de 5 % et une puissance d'étude fixée à 95 % (4).

Analyse statistique

Les résultats de l'analyse descriptive sont présentés pour les variables qualitatives en effectif et pourcentage et pour les variables quantitatives avec les moyennes et leur déviation standard (sd). Les comparaisons de moyenne ont été effectuées au moyen du test de Student sur séries non appariées, du test de Student sur séries appariées et du test de Kruskal-Wallis. Le test du χ^2 d'indépendance et le test de Mac Nemar ont été utilisés pour comparer des proportions. Lorsque le test du χ^2 n'était pas applicable, le test de Fisher a été utilisé ou les tests de Mann Whitney et de Kruskal-Wallis dans le cas de variable ordinale. Comme de multiples comparaisons ont été réalisées, une correction de Bonferroni a été appliquée pour conserver un risque de première espèce de 5 %. L'ensemble de l'analyse statistique a été réalisée sur le logiciel SAS (V8, SAS Institute Inc., Carry, NC, 2002-2003).

Résultats

Parmi les 644 médecins généralistes inclus, 60 ont participé à l'étude, 37 hommes (62 %) et 23 femmes (38 %), soit un taux de réponse de 9,32 %. Ils étaient installés en moyenne depuis 20,5 ans (sd = 10,8) et la moitié d'entre eux travaillait en cabinet de groupe. Les médecins étaient installés en milieu urbain, semi-urbain et rural dans respectivement 30 %, 47 % et 23 % des cas et travaillaient en moyenne cinq jours par semaine (sd = 0,8). Il n'y avait pas de différences significatives entre l'échantillon des médecins généralistes et la population des médecins généralistes du Puy-de-Dôme pour le sexe ($p = 0,74$), le type d'exercice ($p = 0,35$) et le lieu d'exercice ($p = 0,13$). Parmi les 60 médecins généralistes participants, 39 médecins (65 %) ont inclus au moins un patient (moyenne = 11 patients inclus, sd = 4,9, minimum = 1 patient, maximum = 15 patients), 15 médecins (38,5 %) ont inclus les 15 patients initialement requis et 428 patients ont été inclus (figure 1).

Parmi les 428 patients inclus, 17,5 %, dont 20 % d'hommes et 15 % de femmes, présentaient un usage à risque ou

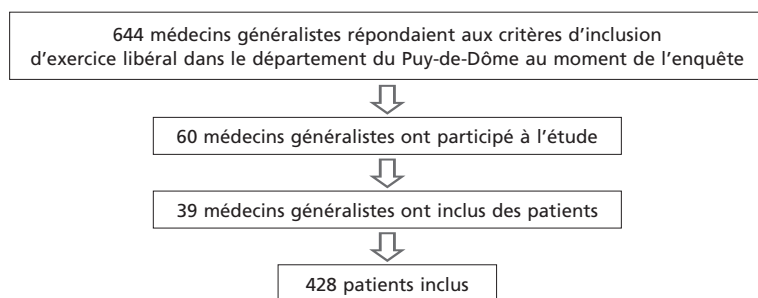


Figure 1. – Diagramme de flux des médecins généralistes participants et des patients inclus.

Tableau I : Prévalence du mésusage de l'alcool et notification de la consommation d'alcool dans le dossier médical

Variable	N	Modalités (n)	Pas d'usage ou usage simple	Usage à risque ou nocif	Dépendance	Valeur-p
Sexe	403	Homme (201)	63,0 %	20,0 %	17,0 %	< 0,001
		Femme (202)	81,0 %	15,0 %	4,0 %	
		Total	72,0 %	17,5 %	10,5 %	
Consommation d'alcool notée dans le dossier médical des patients \leq 1 an	417	Oui (94)	16,0 %	27,0 %	57,0 %	< 0,001

nocif d'alcool. La consommation d'alcool était notée dans leur dossier médical dans 27 % des cas (tableau I).

Les médecins inclus dans l'étude considéraient qu'ils portaient un peu plus ou beaucoup plus d'attention à la prévention des maladies que leurs confrères pour respectivement 61 % et 25 % d'entre eux. Concernant la formation médicale continue, 45 % des médecins généralistes avaient reçu aucune heure ou moins de quatre heures de formation, et 28 % entre quatre et dix heures de formation. Moins de la moitié des médecins (48 %) se sentaient efficaces quant à la prise en charge des patients en mésusage de l'alcool (tableau II). Les médecins identifiaient des seuils d'intervention de consommation hebdomadaire d'alcool plus bas que ceux des recommandations de l'OMS, avec pour les hommes une moyenne de

14,27 verres (sd = 5,72) et pour les femmes une moyenne de 9,22 verres (sd = 4,21). Les médecins généralistes interrogeaient leur patient au sujet de leur consommation d'alcool principalement en présence d'une anomalie du bilan sanguin (63 %), de troubles psychologiques (40 %) et de symptômes physiques (35 %). Ces résultats étaient stables selon sexe, le type et le lieu d'exercice. Parmi les 59 médecins répondants, 42 % étaient familiers des différentes étapes du RPIB et 10 % trouvaient son usage efficace en pratique quotidienne.

L'analyse des deux cas cliniques révélait que les médecins généralistes identifiaient le premier patient comme une personne en usage nocif et le second comme une personne dépendante. Ils exprimaient le même ressenti d'inefficacité quant à les aider à diminuer ou stopper leur consommation d'alcool et adressaient le patient à un spécialiste dans respectivement 27 % et 65 % des cas ($p < 0,0001$).

Tableau II : Proportion de médecins généralistes se sentant efficaces ou très efficaces pour aider les patients à modifier leurs comportements

Comportement	Pourcentage (n)
Utiliser les médicaments prescrits d'une façon raisonnable*	87 % (60)
Ne pas fumer	62 % (60)
Éviter l'excès de calorie	57 % (60)
Faire régulièrement de l'exercice	56 % (59)
Réduire le stress	50 % (60)
Réduire la consommation d'alcool	48 % (60)
Ne pas consommer de drogues illicites	33 % (58)

n : nombre de médecins généralistes répondants.

* tous médicaments confondus non spécifiques à l'addictologie.

Les médecins généralistes exprimaient à la fois une plus grande adéquation à prendre à charge les patients en usage à risque ou nocif et une plus grande légitimité auprès des patients dépendants. Ils faisaient également part d'une faible estime d'eux-mêmes et d'une faible motivation, en particulier dans la prise en charge des patients dépendants. Ils témoignaient d'une faible satisfaction professionnelle quel que soit le type de patients en mésusage à prendre en charge (tableau III). Les résultats ne différaient pas significativement selon le sexe, le type et le lieu d'exercice. La majorité des médecins généralis-

Tableau III : Comparaisons des proportions de médecins généralistes en accord avec la proposition du *Shortened alcohol and alcohol problems perception questionnaire*

Proposition		Usage à risque ou nocif % en accord (n)	Dépendance % en accord (n)	Valeur-p
Adéquation	Je pense en savoir assez sur les raisons des problèmes liés à l'alcool pour pouvoir intervenir auprès des consommateurs à problème	59 % (59)	42 % (59)	0,012
	Je pense que je peux correctement conseiller mes patients sur l'alcool et ses effets	92 % (59)	76 % (59)	0,003
Estime de soi	Je ne me sens pas à l'aise face aux consommateurs à problème	29 % (59)	54 % (59)	< 0,001
	Je me sens vaincu face aux consommateurs à problème	36 % (59)	64 % (59)	< 0,001
Motivation	Je souhaite travailler avec les consommateurs à problème	41 % (59)	21 % (58)	0,003
	L'attitude la plus adaptée face à un consommateur excessif est le pessimisme	7 % (59)	14 % (59)	0,046
Légitimité	Je pense que je suis en droit de poser des questions à mes patients sur leur consommation d'alcool si je le juge nécessaire	97 % (59)	98 % (58)	0,317
	Je pense que mes patients acceptent que je leur pose des questions sur leur consommation d'alcool si je le juge nécessaire	90 % (59)	76 % (59)	0,021
Satisfaction professionnelle	En général il est satisfaisant de travailler avec des consommateurs à problème	25 % (59)	15 % (59)	0,058
	En général j'aime bien les consommateurs à problème	19 % (59)	15 % (59)	0,317

n : nombre de médecins généralistes répondants : test du χ^2 avec correction de Bonferroni : 0,0033.

Tableau IV : Proportions de médecins généralistes en accord avec les propositions relatives aux obstacles au Repérage précoce – intervention brève

Proposition	Pourcentage de médecins en accord (n)
En général, les politiques de santé ne soutiennent pas les médecins qui veulent faire de la prévention	93 % (59)
Le système de santé ne prévoit pas de paiement pour le temps passé à faire de la prévention	92 % (59)
L'organisation de la médecine générale n'est pas adaptée à la réalisation d'actes de préventions	86 % (59)
Les médecins pensent que les patients ne suivront pas leurs conseils et ne modifieront pas leur comportement	85 % (59)
Les médecins eux-mêmes peuvent avoir des problèmes avec l'alcool	83 % (58)
Les médecins ne savent pas repérer les consommateurs à problème n'ayant pas de signes évidents d'une consommation excessive	81 % (59)
Les médecins n'ont pas de critères fiables pour repérer des consommateurs à problème n'ayant pas de signes évidents d'une consommation excessive	75 % (59)
Les médecins ne sont pas formés à donner des conseils visant à réduire la consommation d'alcool	73 % (59)
Les médecins pensent que les conseils sur la consommation d'alcool impliquent la famille et l'environnement, donc c'est trop difficile à faire	73 % (59)
Les médecins sont déjà trop occupés par la prise en charge des problèmes présentés par les patients	71 % (59)
Les médecins n'ont pas à leur disposition de matériel fiable permettant de donner des conseils	69 % (59)
Les médecins ont un modèle de formation basé sur la maladie, ils ne pensent pas à la prévention	66 % (59)
Les médecins ne se sentent pas à l'aise pour poser des questions sur l'alcool, car dire à quelqu'un qu'il a une consommation d'alcool à problème pourrait être perçu comme une accusation d'alcoolisme	66 % (59)
Les médecins croient que les patients pourraient s'indigner de questions sur leur consommation d'alcool	61 % (59)
Les médecins pensent que la prévention devrait être de la responsabilité de leurs patients, non de la leur	41 % (59)
Les médecins eux-mêmes ont un regard positif sur l'alcool	31 % (58)
L'alcool n'est pas un problème important en médecine générale	17 % (59)

n : nombre de médecins généralistes répondants.

tes inclus percevaient le mésusage de l'alcool comme un problème en pratique quotidienne. Parmi les multiples raisons proposées, les médecins retenaient principalement le manque d'appui des politiques de santé (93 %), la non-pertinence du mode de rémunération (92 %) et de l'organisation actuelle de la médecine de soins primaires (86 %). Ils mettaient également en cause leur sentiment

d'inefficacité (85 %) et leur manque de formation (81 %) (tableau IV). Les trois mesures le plus souvent identifiées par les médecins généralistes pour les inciter à réaliser le RPIB étaient la réalisation de campagnes nationales de santé (100 %), la disponibilité des services spécialisés (95 %) et la demande de conseils par les patients eux-mêmes (95 %) (tableau V).

Tableau V : Proportions de médecins en accord avec les mesures incitatives à la réalisation du Repérage précoce – intervention brève

Proposition	Pourcentage de médecins en accord (n)
Si les campagnes de santé rendaient la société plus attentive aux questions d'alcool	100 % (58)
Si des services spécialisés étaient disponibles pour recevoir des patients	95 % (59)
Si les patients étaient demandeurs de conseils sur leur consommation d'alcool	95 % (58)
Si des questionnaires de dépistage, simples et rapides, étaient disponibles	90 % (58)
Si du matériel pour donner des conseils, d'un usage simple et rapide, était disponible	90 % (58)
Si la rémunération et les conditions de travail étaient améliorées	86 % (59)
S'il existait des programmes de formation à une intervention précoce	86 % (58)
Si la formation à l'intervention précoce sur les problèmes d'alcool était reconnue dans le développement professionnel continu	86 % (57)
Si l'intervention précoce auprès des patients ayant des problèmes avec l'alcool faisait l'objet d'une référence médicale	84 % (58)
S'il était prouvé qu'une intervention précoce sur les problèmes d'alcool soit efficace	79 % (58)
Si les patients étaient prêts à payer pour avoir des conseils sur l'alcool	52 % (58)

n : nombre de médecins généralistes répondants.

Discussion

Résultats principaux

Cinq points importants émergent de cette étude :

- Le premier est la prévalence élevée des usages à risque et nocif, proche d'un patient sur cinq vus en médecine générale, soit en moyenne pour chaque médecin cinq à six patients par jour.

- Le deuxième point est que la mesure de la consommation d'alcool n'est pas intégrée dans une pratique quotidienne. Il y a un gradient significatif de notification de cette mesure qui restait tardive et liée à l'apparition de symptômes ou à la découverte d'anomalies biologiques. Ceci peut être expliqué par l'absence de perception du risque "alcool" comme facteur de risque de maladies à court, moyen et long terme.

- Le troisième point est que les médecins restaient davantage dans une position curative, en étant plus confiants en leurs capacités d'avoir une prescription médicamenteuse raisonnée qu'en leur prise en charge des risques liés au mode de vie des patients, en particulier leur consommation d'alcool. Cette inscription dans une position curative est très probablement liée à la formation médicale initiale, et la formation médicale continue ne semble avoir qu'un impact limité.

- Le quatrième point est l'existence d'une ambivalence entre légitimité et adéquation du rôle du médecin généraliste d'une part, et faible motivation, estime d'eux-mêmes et satisfaction professionnelle d'autre part.

- Le cinquième point concerne les mesures incitatives déclarées par les médecins qui ciblaient prioritairement les interventions externes jusqu'à solliciter la demande explicite du patient.

Comparaisons aux autres études

L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) faisait état dans son rapport de 2005 des résultats de plusieurs enquêtes françaises de mesure de prévalence du mésusage d'alcool parmi des consultants en médecine générale avec, par ordre chronologique, une prévalence de 23,6 % en 1990, 18,4 % (29,5 % d'hommes et 11,1 % de femmes) en 1993 et 18 % en 2001 (25). En 2007, Castera et al., ainsi que Lagrange et al. avaient respectivement mesuré une prévalence du mésusage en médecine générale de 22,2 % (14,6 % d'usage à risque, 3,8 % d'usage nocif et 3,8 % de dépendance) et de 15,9 % (21,3 % d'hommes et 11,0 % de femmes, 11,6 % d'usage à risque, 1,8 % d'usage nocif et 2,5 % de dépendance) (26,27). Ces résultats sont comparables à ceux de la présente étude (17,5 % d'usage à risque ou nocif dont 20,0 % d'hommes et 15,0 % de femmes), hormis pour la prévalence de la dépendance qui est plus élevée dans notre travail.

En 2010, deux enquêtes observationnelles en population générale, l'Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) et le Baromètre santé, identifiaient respectivement 45,8 % et 53,0 % de consommateurs à risque parmi les hommes, soit une prévalence plus élevée que dans notre étude, et 17,3 % et 21,8 % de consommateurs à risque parmi les femmes, soit une prévalence comparable à notre travail (28, 29).

Une précédente étude française réalisée dans le cadre du projet de l'OMS, et donc basée sur le même questionnaire que celui utilisé dans le présent travail, concluait également que les médecins généralistes restaient dans leur rôle de curateur et abordaient rarement le sujet de l'alcool avec leur patient (30). L'ambivalence du comportement

des médecins généralistes et leur sollicitation des pouvoirs publics et des patients étaient soulignées. Les auteurs concluaient que le manque de formation et les barrières psychologiques et coutumières entravaient la prise en charge du mésusage en médecine générale. La situation semble avoir peu évolué dix ans plus tard.

La revue de la littérature renforce nos conclusions quant à l'absence d'intégration en pratique quotidienne de l'interrogation des patients sur leur consommation d'alcool (31-39) et l'ambivalence des médecins de soins de santé primaires (31, 33-35, 39-44). Dans plusieurs études, cette ambivalence s'inscrivait dans le cadre de propositions d'amélioration ciblant des actions externes comme dans le présent travail (31, 36, 39, 44, 45). Un faible pourcentage de médecins généralistes de notre enquête exprimaient une familiarité avec le RPIB (42 %), ce qui est proche des résultats en Italie, en Allemagne et en Autriche, qui oscillent entre 40 % et 50 %, mais loin des résultats du Royaume-Uni et de l'Espagne, qui sont proches de 90 %, mesurés par l'Alcohol Public Health Research Alliance (AMPHORA) (46). La position curative davantage adoptée par les médecins semble être une tendance française qui est probablement liée à la formation initiale et au mode de rémunération des médecins généralistes français (33).

Forces et limites de l'étude

L'ensemble des médecins généralistes en activité dans le département du Puy-de-Dôme ont été sollicités pour participer à l'enquête, mais le taux de réponse était faible. Malgré cela, l'échantillon des médecins participants était représentatif de la population des médecins généralistes du Puy-de-Dôme selon le sexe, le type et le lieu d'exercice. Ce faible taux de médecins participants et de patients inclus par médecins est à analyser sous le prisme de l'ambivalence et de l'absence d'efficacité ressentie du RPIB des médecins. Les médecins participants étaient probablement ceux qui consacraient plus de temps à la prévention dans leur pratique quotidienne, sous-estimant de ce fait la réalité des attitudes, ambivalence et sentiment d'efficacité des médecins.

Il existe un biais de sélection des patients. Un registre des raisons de non-inclusion des patients n'a pas été tenu par les médecins généralistes, aussi des patients ont pu être exclus à tort. Le nombre de patients inclus permet cependant d'obtenir une puissance d'étude de 95 %. Une proportion non négligeable de patients dépendants a été identifiée dans l'enquête. Il peut s'agir d'une conséquence du biais de sélection ou la signification d'un sous-repérage

des patients en mésusage de l'alcool, renforçant la justification d'un repérage systématique.

Enfin, ce travail n'a pas pris en considération les adaptations nécessaires de seuil en cas de circonstances particulières telles que grossesse, pathologie associée ou conduite de véhicule, ce qui tend à sous-estimer l'usage à risque.

Stratégies d'amélioration

Une évolution de la pensée et de la place des soins de santé primaires et plus spécifiquement de la prévention est indispensable. Pour preuve, la récente instauration par la Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) du paiement à la performance (ou rémunération sur objectif) dont non seulement les limites sont connues, mais surtout qui néglige les deux premières causes de mortalité évitable en France que sont le tabac et l'alcool (47). La réorganisation actuelle des soins de santé primaires en maison de santé pluridisciplinaire pourrait être propice à l'élaboration d'une véritable politique qualité et de recherche en lien avec les structures de soins secondaires et tertiaires, ainsi que les tutelles (48-50).

À l'échelon départemental, les suites de cette enquête se sont concrétisées en deux axes. Une politique de diffusion plus large à l'attention des médecins généralistes des formations réalisées par l'association PARAD, avec demande d'une validation en développement professionnel continu, a été élaborée. Le second axe a répondu à la demande des médecins généralistes d'avoir des services spécialisés disponibles et de disposer d'un outil pratique de dépistage. Cette demande s'est concrétisée sous la forme d'un outil composé de deux parties. Une première partie comprend la définition en image du verre standard, le questionnaire FACE et son interprétation, ainsi que les étapes de l'intervention brève. Une seconde partie répertorie l'ensemble des structures de soins régionales et limitrophes qui prennent en charge les patients en mésusage avec un numéro d'accès. Cet outil est voué à une diffusion à l'ensemble des médecins généralistes en exercice en version électronique et en version papier sur demande (mblanquet@chuc Clermontferrand.fr). Une étude de mesure de l'efficacité de ces deux axes est en cours de conception au sein de l'association PARAD.

En conclusion, un remodelage de l'exercice actuel des soins de santé primaires est nécessaire, en particulier en ce qui concerne la prise en charge du mésusage de l'alcool qui a un coût sociétal élevé dans notre pays. ■

Remerciements. – Nous remercions l'association des Patients en difficulté avec l'alcool, à risque, abuseurs et dépendants (PARAD) et l'ensemble des médecins généralistes qui ont participé à l'étude.

Contributions des auteurs. – L'ensemble des auteurs a contribué à l'élaboration du protocole, à l'organisation et à la direction de l'enquête. Le Dr Blanquet et Mme Peyrol ont contribué à la collecte et à la saisie des données. Mme Peyrol a réalisé l'analyse statistique. Le Pr Gerbaud, le Pr Llorca, le Dr Blanquet et Mme Peyrol ont contribué à l'écriture de l'article.

Conflits d'intérêt. – Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt. L'enquête a été financée par le Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, l'association PARAD et le CR2A (Centre de ressource addictions Auvergne).

M. Blanquet, F. Peyrol, F. Morel, A. Morge, B. Maradeix, L. Gerbaud, P.M. Llorca
Médecine générale. Prévalence du mésusage de l'alcool et attitudes des médecins libéraux

Alcoologie et Addictologie. 2015 ; 37 (2) : 105-113

Références bibliographiques

- 1 - Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *The Lancet.* 2009 ; 373 (9682) : 2223-33.
- 2 - Rehm J, Room R, Monteiro M et al. Alcohol use. In: Ezzati M, Lopez A, Rodgers A, Murray CJL, eds. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Genève : World Health Organization ; 2004. p. 959-1108.
- 3 - Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Alcohol-attributable mortality in France. *Eur J Public Health.* 2013 ; 23 (4) : 588-93.
- 4 - Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Le risque d'alcoolisation excessive : des écarts entre les déclarations des patients et l'avis des médecins. Paris : DREES ; 2005.
- 5 - Observatoire Régional de la Santé d'Auvergne. Consommation de tabac, d'alcool et de drogues illicites. In : Baromètre santé Auvergne. Clermont-Ferrand : ORS Auvergne ; 2010. p. 7-12.
- 6 - Venzac M, Illes HG, Maquinghen S, Glanddier PY. État des lieux des drogues et dépendances en Auvergne. Clermont-Ferrand : Observatoire Régional de la Santé d'Auvergne ; 2011. p. 150.
- 7 - Fenoglio P, Parel V, Kopp P. Le coût social de l'alcool, du tabac et des drogues illicites en 2000. *Actualités et Dossier en Santé Publique.* 2006 ; 55 : 69-74.
- 8 - World Health Organization. Nomenclature and classification of drug- and alcohol-related problems: a WHO Memorandum. *Bull World Health Organ.* 1981 ; 59 (2) : 225-42.
- 9 - 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.
- 10 - National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol use disorder: a comparison between DSM-IV and DSM-5. NIH Publication No. 13-7999. Bethesda : National Institutes of Health ; 2013.
- 11 - Kaner EF, Dickinson HO, Beyer FR, Campbell F. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 ; 18 : CD004148.
- 12 - 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 (3) : 279-92.
- 13 - 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 (5) : 274-83.
- 14 - Anderson P. Effectiveness of general practice interventions for patients with harmful alcohol consumption. *Br J Gen Pract.* 1993 ; 43 (374) : 386-9.
- 15 - Córdoba R, Delgado MT, Pico V et al. Effectiveness of brief intervention on non-dependent alcohol drinkers (EBIAL): a Spanish multi-centre study. *Fam Pract.* 1998 ; 15 (6) : 562-8.
- 16 - Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL. Brief physician advice for problem drinkers: long term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcohol Clin Exp Res.* 2002 ; 26 (1) : 36-43.
- 17 - Solberg LI, Maciosek MV, Edwards NM. Primary care intervention to reduce alcohol misuse ranking its health impact and cost effectiveness. *Am J Prev Med.* 2008 ; 34 (2) : 143-52.
- 18 - Angus C, Latimer N, Preston L, Li J, Purshouse R. What are the implications for policy makers? A Systematic review of the cost-effectiveness of screening and brief interventions for alcohol misuse in primary care. *Front Psychiatry.* 2014 ; 5 : 114.
- 19 - O'Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D et al. The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol Alcohol.* 2014 ; 49 (1) : 66-78.

- 20 - Blanquet M, Noïrfalïse C, Gerbaud L, Llorca PM, Campagne C, Malaval J. An observational survey to measure preventive procedures performed by French general practitioners improving prevention performance. *Br J Gen Pract.* 2011; 61 (582) : 32-7.
- 21 - Blanquet M, Malaval J, Campagne C, Gerbaud L, Llorca PM, Noïrfalïse C. Mésusage de l'alcool : un dépistage inexistant. Étude observationnelle de l'activité de prévention de médecins généralistes. *Alcoologie et Addictologie.* 2011 ; 33 (3) : 215-5.
- 22 - Dewost AV, Michaud P, Arfaoui S, Gache P, Lancrenon S. Fast alcohol consumption evaluation: a screening instrument adapted for French general practitioners. *Alcohol Clin Exp Res.* 2006 ; 30 (11) : 1889-95.
- 23 - 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 : 321-6.
- 24 - Anderson P, Clement S. The AAPPQ revisited: the measurement of general practitioners' attitudes to alcohol problems. *Br J Addict.* 1987 ; 82 (7) : 753-9.
- 25 - Diaz Gomez C, Milhet M. Repérage précoce intervention brève, stratégies de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève en matière d'alcool auprès des médecins généralistes. Paris : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies ; 2005.
- 26 - Castera P, Maurat F, Fleury B, Demeaux JL. Peut-on repérer "en routine" les mésusages d'alcool ? *Médecine.* 2007 ; 3 : 330-4.
- 27 - Lagrange M, Bérenger P, Casset JC, Baum TP, Lacroix A. Pratique du RPIB par des médecins généralistes savoyards. *Rev Prat Méd Gén.* 2007 ; 21 : 625-8.
- 28 - Com-Ruelle L, Célant N. Évolution de la prévalence des différents profils d'alcoolisation chez les adultes en France en de 2002 à 2010. *BEH.* 2013 ; (16-18) : 185-90.
- 29 - Beck F, Richard JB. Épidémiologie de l'alcoolisation. *EMC-Endocrinologie-Nutrition.* 2013 ; 10 (1) : 1-9 [Article 10-384-B-10].
- 30 - Bouix JC, Gache P, Rueff B, Huas D. Parler d'alcool reste un sujet tabou. *Rev Prat Méd Gén.* 2002; 16: 1488-92.
- 31 - 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) : 559-66.
- 32 - Thom B, Téllez C. A difficult business: detecting and managing alcohol problems in general practice. *Br J Addict.* 1986 ; 81 (3) : 405-18.
- 33 - McAvoy BR, Kaner EF, Lock CA, Heather N, Gilvarry E. Our healthier nation: are general practitioners willing and able to deliver? A survey of attitudes to and involvement in health promotion and lifestyle counselling. *Br J Gen Pract.* 1999; 49 (440) : 187-90.
- 34 - Johansson K, Bendtsen P, Akerlind I. Early intervention for problem drinkers: readiness to participate among general practitioners and nurses in Swedish primary health care. *Alcohol Alcohol.* 2002 ; 37 (1) : 38-42.
- 35 - 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) : 270-5.
- 36 - Holmqvist M, Bendtsen P, Spak F, Rommelsjö A, Geirsson M, Nilsen P. Asking patients about their drinking. A national survey among primary health care physicians and nurses in Sweden. *Addict Behav.* 2008 ; 33 (2) : 301-14.
- 37 - Cheeta S, Drummond C, Oyefeso A et al. Low identification of alcohol use disorders in general practice in England. *Addiction.* 2008 ; 103 (5) : 766-73.
- 38 - Nygaard P, Paschall MJ, Aasland OG, Lund KE. Use and barriers to use of screening and brief interventions for alcohol problems among Norwegian general practitioners. *Alcohol Alcohol.* 2010 ; 45 (2) : 207-12.
- 39 - Wilson GB, Lock CA, Heather N, Cassidy P, Christie MM, Kaner EF. Intervention against excessive alcohol consumption in primary health care: a survey of GPs' attitudes and practices in England 10 years on. *Alcohol Alcohol.* 2011 ; 46 (5) : 570-7.
- 40 - Anderson P. Managing alcohol problems in general practice. *Br Med J.* 1985 ; 290 (6485) : 1873-5.
- 41 - Deehan A, Templeton L, Taylor C, Drummond C, Strang J. Low detection rates, negative attitudes and the failure to meet the "Health of the Nation" alcohol targets: findings from a national survey of GPs in England and Wales. *Drug Alcohol Rev.* 1998 ; 17 (3) : 249-58.
- 42 - Deehan A, Templeton L, Taylor C, Drummond C, Strang J. How do general practitioners manage alcohol-misusing patients? Results from a national survey of GPs in England and Wales. *Drug Alcohol Rev.* 1998; 17 (3) : 259-66.
- 43 - 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 (2) : 169-73.
- 44 - 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) : 388-93.
- 45 - McAvoy BR, Donovan RJ, Jalleh G et al. General practitioners, prevention and alcohol-a powerful cocktail? Facilitators and inhibitors of practicing 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) : 103-17.
- 46 - Anderson P, Braddick F, Reynolds J, Gual A. Alcohol policy in Europe: evidence from AMPHORA. 2nd ed. Barcelona : Hospital Clinic i Provincial, The AMPHORA project ; 2013. p. 169.
- 47 - Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *N Engl J Med.* 2009 ; 361 (4) : 368-78.
- 48 - Taplin SH, Foster MK, Shortell SM. Organizational leadership for building effective health care teams. *Ann Fam Med.* 2013 ; 11 (3) : 279-81.
- 49 - 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.
- 50 - Anderson P, Kaner E, Wutzke S et al. WHO Brief Intervention Study Group. Attitudes and managing alcohol problems in general practice: an interaction analysis based on findings from a WHO collaborative study. *Alcohol Alcohol.* 2004 ; 39 (4) : 351-6.