UNIVERSITE DE NANTES
FACULTE DE MEDECINE

Année 2006 N°46

THESE
pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
Qualification en Médecine Générale
par

Frédérique Guillard
Née le 2 novembre 1976 à Saint-Nazaire

Présentée et soutenue publiquement le 18 octobre 2006

INCITATION A L'APPLICATION PRATIQUE PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DU REPÉRAGE ET DE L'INTERVENTION BRÈVE AUPRÈS DES CONSOMMATEURS EXCESSIFS D'ALCOOL :

Evaluation de 2 méthodes :

- *soutien organisé par une association de promotion de la prévention en médecine libérale*
- *distribution simple par courrier des informations et des outils nécessaires.*

Président : Mr le Professeur Pierre Lombrail

Directeur de thèse : Mme le Docteur Jacqueline Lacaille-Urion

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABREVIATIONS 3
INTRODUCTION 4
EXPOSÉ DE LA PROBLÉMATIQUE 5
1 Consommation d'alcool en France 5
2 Les répercussions de la consommation d'alcool en France 5
.2.1 Répercussions sanitaires 5
.2.2 Répercussions sociales 5
.2.3 Répercussions économiques 6
3 La place de l'alcool dans notre société et les enjeux économiques. 6
4 Moyens mis en œuvre pour réduire ces répercussions 7
.4.1 Diminuer la consommation globale 7
.4.2 Déterminer des seuils à risque 7
5 Le mésusage 8
.5.1 Classification des conduites d'alcoolisation, définitions 8
.5.2 Evolution du mésusage 8
.5.3 Epidémiologie du mésusage 9
6 Organisation du dépistage du mésusage 9
.6.1 Par qui ? 9
.6.2 Comment ? 10
7 Organigramme décisionnel, prise en charge en pratique 11
8 L'intervention brève 11
.8.1 Principes 11
.8.2 Efficacité de l'intervention brève 13
9 Obstacles à la mise en pratique 14
JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE 16
1 Organisation de la diffusion 16
2 L'étude 17
3 Historique de la création de l'action de prévention 18
OBJECTIFS DE L'ÉTUDE 19
MATÉRIEL ET MÉTHODE 20
1 Le groupe « APS» (Agir en Promotion de la Santé) 20
.1.1 Recrutement 20
.1.2 Déroulement de la campagne et logistique 20
.1.3 Recueil et analyse des données 20
2 Le groupe « témoin » 21
.2.1 Constitution de l'échantillon 21
.2.2 Déroulement de l'enquête téléphonique 22
.2.3 Recueil et analyse des données 22
3 Comparaison du critère de jugement principal 22
4 Calendrier 23
RÉSULTATS 24
1 Groupe « APS » 24
.1.1 Description de l'échantillon 24
.1.2 Proportion de tests FACE réalisés dans le groupe « APS » 25
.1.3 Résultats des tests FACE remplis par le groupe « APS » 26
.1.4 Attitudes des soignants après la restitution du test au patient 28

.1.5 A propos de la fiche d'évaluation 28
.1.6 Remarques les plus fréquentes effectuées par les médecins lors de commentaires libres sur la semaine de campagne : 28
2 Groupe « témoin » 29
.2.1 Description de l'échantillon 29
.2.2 Réponses au questionnaire téléphonique 30
.2.3 Proportion de tests de dépistage réalisés en consultation (question 4) 31
.2.4 Remarques les plus fréquentes citées librement lors de l'entretien téléphonique 32
3 Comparaison des 2 groupes 33
.3.1 Critère de jugement principal : nombre de tests de dépistage réalisés par semaine et par médecin…… 33
DISCUSSION 34
1 Les résultats principaux 34
2 Les biais de l'étude 34
.2.1 Comparabilité des échantillons 34
.2.2 Recueil téléphonique des données de l'échantillon témoin 35
3 Commentaire des résultats secondaires 35
.3.1 Nombre de tests réalisés 35
.3.2 Le repérage systématique : fréquence 35
.3.3 Influence des caractéristiques démographiques et de l'activité des médecins sur le repérage…….. 36
.3.4 Résultats des tests FACE 36
.3.5 Attitudes des soignants 38
.3.6 Les brochures et affiches 39
.3.7 Les obstacles 39
.3.8 Les points positifs 39
4 Analyse et proposition d'explication des résultats principaux 40
.4.1 Facteurs favorisants de la campagne de prévention ayant participé à cette différence 40
.4.2 Facteurs limitants de l'envoi par courrier des outils de formation 40
5 Points-clés favorisant la promotion du RPIB 42
.5.1 Recommandations du rapport l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) en matière de promotion du RPIB 42
.5.2 Points-clés issus de l'étude compatibles avec ces recommandations 44
CONCLUSION 49
ANNEXES 50
1 Annexe 1 : Evolution du mésusage 50
2 Annexe 2 : Questionnaire DETA 51
3 Annexe 3 : Questionnaire AUDIT et AUDIT-C : 52
4 Annexe 4 : Questionnaire FACE 53
5 Annexe 5 : Les stades de motivation 54
6 Annexe 6 : Plaquette 1 présentant l'action générale de l'association. 55
7 Annexe 7 : Plaquette 2 concernant le déroulement de la campagne « Alcool » 57
8 Annexe 8 : Charte 59
9 Annexe 9 : Carnet à spirale 60
10 Annexe 10 : Courrier CREDEPS 64
11 Annexe 11 : Questionnaire téléphonique soumis au groupe « témoin » 65
BIBLIOGRAPHIE 67

LISTE DES ABREVIATIONS

- OMS Organisation Mondiale de la Santé
- IDA Indicateur d'Alcoolisation
- OFDT Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
- CNAM Caisse Nationale d'Assurance Maladie
- DETA Diminuer, Entourage, Trop, Alcool
- CDA Consommation Déclarée d'Alcool
- AUDIT Alcohol-Use Disorders Identification Test
- FACE Formule pour Apprécier la Consommation par Entretien ou Fast Alcohol Consumption Evaluation
- DREES Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
- INPES Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
- RPIB Repérage Précoce et Intervention Brève
- BMCM Boire Moins C'est Mieux
- ANPAA Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
- APS association « Agir en Promotion de la Santé »
- FAQSV Fond d'Action pour la Qualité des Soins en Ville
- URCAM Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
- URML Union Régionale des Médecins Libéraux
- CREDEPS Comité Régional et Départemental d'Education et de Promotion de la Santé
- DGS Direction Générale de la Santé
- MILDT Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
- SFMG Société Française de Médecine Générale
- DES Diplôme d'Etudes Spécialisées

INTRODUCTION

La consommation d'alcool en France est un phénomène complexe qui a trait à différents domaines. Tout d'abord en tant que phénomène historique, culturel et social, le produit alcool appartient de façon indéniable au patrimoine français. De plus ses implications économiques représentent une part non négligeable en termes d'emploi, de production et d'exportation. Cependant ses répercussions sanitaires, beaucoup plus péjoratives, sont majeures mais évitables.

Une politique de santé publique doit être entreprise pour faire baisser la morbi-mortalité prématurée en lien avec la consommation d'alcool. Dans ce but, de nombreuses études ont été menées dans différents pays sous l'égide de l'OMS afin de déterminer les moyens pour y parvenir.

Des outils performants et validés ont émergé et permettent de dépister de nouvelles catégories de consommateurs en dehors des alcoolodépendants, bien souvent associés à la seule représentation du problème « alcool » : les consommateurs « à risque » pour lesquels une intervention de prévention primaire est envisagée et des consommateurs « à problèmes » pour lesquels il s'agira d'une prévention secondaire.

Ces techniques, que sont le dépistage et l'intervention brève, visant à une réduction de la consommation d'alcool sous un seuil à risque sont efficaces mais encore sous-utilisées. Les médecins généralistes, au premier plan de cette prise en charge, opposent de multiples obstacles à leur mise en œuvre.

Afin de les aider au mieux à appliquer en pratique de routine ces « nouvelles » méthodes qui n'appartiennent pas à leur culture professionnelle, de nombreuses stratégies de promotion se multiplient.

Dans ce contexte, nous nous proposons d'évaluer deux méthodes différentes afin d'inciter les médecins généralistes à l'application en pratique de routine du dépistage et de l'intervention brève auprès des consommateurs excessifs d'alcool : l'une par le biais d'une campagne organisée par une association dont le but est de promouvoir les démarches préventives en médecine libérale et l'autre consistant en l'envoi des informations et outils nécessaires par courrier simple.

EXPOSÉ DE LA PROBLÉMATIQUE

1 Consommation d'alcool en France

La consommation d'alcool par habitant en France est importante. En effet la France se place actuellement au 6e rang mondial derrière le Luxembourg, la Hongrie, l'Irlande, la République tchèque et l'Allemagne (1).

Toutefois, elle tend à diminuer progressivement depuis les années 60. En 1961, la consommation annuelle d'alcool pur par habitant de 15 ans et plus s'élevait à 26 l /hab. /an. En 2003, elle a diminué de moitié et n'est plus qu'à 12,9 l /hab. /an. Ces chiffres proviennent des données OMS (Organisation Mondiale de la Santé) de 1961 à 1989, puis du groupe IDA (Indicateur d'Alcoolisation qui réunit les principaux producteurs de données sur les questions d'alcool ; il est actuellement animé par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies- OFDT) de 1990 à 2003 (2). Cette évaluation moyenne a été réalisée à partir des ventes annuelles d'alcool estimées d'après les taxes fiscales et non vis-à-vis d'indicateurs de consommation (données de la direction générale des douanes et des droits indirects et de l'association des brasseurs de France pour la bière) (3).

2 Les répercussions de la consommation d'alcool en France

La consommation d'alcool a des conséquences sanitaires, sociales et économiques majeures et engendre donc un retentissement important en terme de santé publique.

.2.1 Répercussions sanitaires

Tout d'abord, l'alcool serait responsable de 45000 décès par an en France (4) et serait à l'origine de 20% des décès masculins et de 10% des décès féminins entre 45 et 55 ans (5).

L'évaluation de la mortalité repose essentiellement sur les pathologies directement ou très fortement liées à une consommation chronique d'alcool : psychoses alcooliques, cirrhoses et cancers des voies aéro-digestives supérieures : en 1997 on dénombrait, d'après les statistiques de l'Inserm, 22 611 décès, dont 2 302 par psychose alcoolique, 8 864 par cirrhose et 11 445 par cancers des voies aéro-digestives supérieures, causés le plus souvent par une consommation conjointe d'alcool et de tabac (6).

Par ailleurs, l'alcoolisation fœtale est la première cause non génétique d'handicap mental chez l'enfant. Elle pourrait concerner 700 à 3000 enfants sur les 750 000 naissances annuelles sachant qu'une consommation même ponctuelle ou faible d'alcool pendant la grossesse peut entraîner des risques importants pour l'enfant à naître (19).

.2.2 Répercussions sociales

L'alcool est également impliqué dans 31% des accidents mortels de la circulation. Il s'agit de la 2ème cause d'accidents de la route après les excès de vitesse (7).

Il pourrait aussi concerner 10 à 20% des accidents de travail (8).

Quant aux conséquences sociales liées à son abus : 50% des rixes, 50 à 60% des actes de criminalité, 5 à 25% des suicides, 20% des délits seraient commis sous l'emprise de l'alcool (9).

Une étude réalisée en France en 2000 auprès de 7000 femmes analyse les violences subies durant les douze derniers mois. Elle souligne qu'au moins un des protagonistes a consommé de l'alcool dans 36% des cas de violences subies. L'auteur a bu dans 31% des agressions physiques les plus graves (10).

.2.3 Répercussions économiques

Toutes ces conséquences engendrent un coût social (ensemble des coûts supportés par la collectivité) très important mais difficile à évaluer. Il faut prendre en compte les coûts directs médicaux (recours aux soins) et non médicaux, c'est-à-dire les accidents de la route, la criminalité et les coûts indirects, c'est-à-dire les pertes de revenus ou de production potentielle liées à la morbidité et/ou la mortalité prématurée.

Une étude française réalisée en 1996 prend en compte également les particularités du système de soins français (les pertes des prélèvements obligatoires, la CNAM, les assurances…). Ce coût s'élève à environ 17 milliards d'euros dont 15% seulement sont représentés par les dépenses de santé, 50 % en revanche par la perte de revenus et production et 20% par les dépenses qu'occasionnent les accidents de la route pour les assurances (11).

3 La place de l'alcool dans notre société et les enjeux économiques.

Dans notre société, il existe deux types de représentations : d'un côté les représentations positives fortement ancrées de la consommation d'alcool (culturelles, conviviales et festives) et, de l'autre, les représentations négatives : l'alcoolisme, identifié à la seule dépendance, liée à l'image de la déchéance, sociale et physiologique (13). Ces représentations conduisent à une banalisation du produit.

Nous ne pouvons occulter par ailleurs dans cet exposé la puissance des intérêts économiques en jeu. En effet, l'alcool est une composante incontournable du paysage économique français : près de 420 000 emplois directs (15), 540 000 établissements de débits de boissons (16). Le marché total des boissons alcoolisées représente un chiffre d'affaire de 13 milliards d'euros (17). Les producteurs se regroupent et forment alors des groupes de pression puissants, influents, offensifs possédant des moyens financiers démesurés vis-à-vis du budget attribué aux campagnes de prévention sur l'alcool. Les moyens engagés dans la prévention et les soins spécialisés représentent 54 millions d'euros en 2001, alors que les intérêts économiques de la filière peuvent être partiellement approchés en considérant les 17,3 milliards d'euros de chiffre d'affaires hors taxes des producteurs de boissons alcoolisées en 2001. Ces chiffres marquent la disparité des ressources économiques en jeu et soulignent la pauvreté relative des stratégies sanitaires conduites jusqu'à maintenant (18, 19). On peut également constater l'affaiblissement progressif de la loi Evin du 10 janvier 1991 concernant la publicité de l'alcool par voie d'affichage. Il faudrait donc pour contrer ces lobbies majeurs des choix de politique de santé publique clairs et cohérents.

4 Moyens mis en œuvre pour réduire ces répercussions

Les pouvoirs publics tentent de développer une politique de prévention et de santé publique afin de faire baisser la morbidité et la mortalité prématurée, les coûts engendrés et à terme le passage vers l'alcoolodépendance qui ne sera pas traitée ici. (Je vous renvoie au rapport ministériel de 1998 ainsi qu'au rapport de la Cour des Comptes 2003 qui dressent une évaluation du dispositif de soins de la prise en charge des alcoolodépendants et rendent compte de lacunes majeures : manque de structures et défaut de coordination, articulation entre elles pour faciliter l'accessibilité au soin adapté (9, 18).

L'objectif est donc de trouver des moyens simples, applicables par le plus grand nombre, à un coût acceptable qui vont faire diminuer les conséquences sanitaires, sociales et économiques liées à la consommation d'alcool.

.4.1 Diminuer la consommation globale

Tout d'abord il a été mis en évidence que l'étendue des conséquences sanitaires est fonction du niveau de la consommation globale. En effet, la baisse progressive de la consommation d'alcool depuis les années 60 a entraîné une baisse de la mortalité par cirrhose et par cancer de la cavité buccale, du pharynx, du larynx et de l'œsophage (4). La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 a donc retenu l'objectif de réduire de 20% d'ici 2008 les consommations d'alcool par français (19).

.4.2 Déterminer des seuils à risque

De plus une enquête réalisée auprès de 490 000 personnes suivies durant 9 ans à l'initiative de l'American Cancer Society a montré une augmentation de la mortalité au-delà d'une consommation de 3 verres par jour (20). Ce risque différé et cumulatif a permis à l'OMS de déterminer des seuils à risque à ne pas dépasser : 21 verres par semaine soit 3 verres par jour pour les consommateurs quotidiens sans dépasser 4 verres par occasion pour les hommes et à 14 verres par semaine soit 2 verres par jour pour les femmes sachant qu'un verre standard ou unité internationale alcoolisée contient environ 10g d'alcool pur. (21). L'OMS recommande également de s'abstenir au moins un jour par semaine de toute consommation d'alcool. Ces seuils doivent être abaissés en cas de situation à risque (conduite, poste de sécurité…) ou risque individuel (grossesse, traitement psychoactif…). Il existe dans ces situations un risque immédiat.

5 Le mésusage

.5.1 Classification des conduites d'alcoolisation, définitions

La détermination de ces seuils a permis d'organiser une classification des conduites d'alcoolisation et d'approcher une définition de la consommation excessive. (13).

- Le non-usage : absence de consommation qui peut être primaire ou secondaire correspondant à l'abstinence.
- L'usage : renvoie à une consommation modérée, inférieure ou égale aux seuils définis par l'OMS où le risque, s'il n'est pas toujours nul, est considéré comme acceptable pour l'individu et la société.
- Le mésusage : il regroupe 4 catégories
    - Usage à risque (il définit les consommateurs « à risque ») : la consommation est supérieure aux seuils définis par l'OMS sans retentissement médical, psychique ou social, mais susceptible d'en induire à court, moyen et/ou long terme.
    - Usage nocif (il définit les consommateurs « à problèmes ») : existence d'au moins un dommage d'ordre médical, psychique ou social induit par l'alcool en l'absence de dépendance.
    - Usage avec dépendance : caractérisé par la perte de maîtrise de la consommation d'alcool.
    - Ivresse.

Les consommateurs excessifs sont représentés par les consommateurs « à risque » et les consommateurs « à problèmes ». Ils ne sont pas dépendants (22).

.5.2 Evolution du mésusage

La consommation à risque peut évoluer vers l'usage nocif, vers la dépendance ou vers l'usage à faible risque. L'usage nocif peut évoluer vers la dépendance bien souvent de façon progressive et non systématique (voir Annexe 1). Il convient d'être plus vigilant chez certains sujets présentant des facteurs de risque identifiables :

- antécédents familiaux d'alcoolodépendance
- début précoce de la consommation
- polyconsommation de substances psychoactives
- recherche d'ivresses répétées
- pathologies psychiatriques associées, troubles de la personnalité
- antécédents de tentative de suicide, antécédents de sévices
- instabilité ou rupture scolaire, désocialisation, délinquance associée.

L'enjeu du découplage entre la dépendance et les problèmes liés à la consommation nocive est bien de permettre une prise en charge, une aide et une action beaucoup plus précoce et adaptée afin de prévenir l'installation de la dépendance et de réduire les dommages. En effet l'assimilation habituelle entre alcoolisme et dépendance explique que

l'âge moyen de recours aux soins spécialisés est d'environ 40 ans alors que les consommations pathologiques ont commencé en général 20-25 ans plus tôt (23).

.5.3 Epidémiologie du mésusage

Grâce au questionnaire DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool), (Annexe 2) il est possible de repérer à partir d'enquêtes en population générale, les individus ayant des difficultés avec l'alcool (consommation excessive et alcoolodépendance probable passées ou présentes). On estime à 5 millions le nombre de personnes ayant des difficultés médicales, psychologiques et sociales liées à leur consommation d'alcool. Le baromètre santé 2000 a montré que les consommateurs excessifs et alcoolodépendants représentaient 8,5% des personnes de 12 à 75 ans. Ce risque est trois fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes et il est plus élevé entre 45 et 54 ans : 19,5 % chez les hommes et 5,5 % chez les femmes (25). Une enquête plus récente a montré que plus d'un homme sur 5 (20,2%) et près d'une femme sur 15 (6,3%) avaient dépassé les seuils de consommation la veille de l'entretien (26). Ces proportions importantes montrent toute la nécessité qu'il y a à dépister ces consommateurs excessifs. Enfin il faut savoir que ces seuils à risque sont peu connus. La plupart des hommes associent la dangerosité de l'alcool à l'ivresse ponctuelle et à la dépendance (14). Un des objectifs de la politique de santé publique est donc d'améliorer la diffusion à grande échelle des seuils à risque et donc leur perception par le plus grand nombre.

6 Organisation du dépistage du mésusage

.6.1 Par qui ?

Le médecin généraliste a une place prépondérante dans le dépistage puisqu'il est en contact avec, en un an, 70 à 80 % de la population générale (9). Près d'un consultant sur 5 (18%) est concerné par un mésusage, 29,5 % des hommes et 11% des femmes (plus de 28 verres par semaine pour les hommes, plus de 14 verres pour les femmes : anciens seuils, étude réalisée en 1993) (27). Une enquête plus récente menée en 2000 sur la prévalence des problèmes d'alcool (enquête à partir des résultats du questionnaire AUDIT-C (Annexe 3)) chez les personnes ayant recours au système de soins un jour donné et notamment ayant recours à un médecin généraliste au cours d'une semaine donnée montrait que 18% des patients étaient considérés comme « usagers à risque » et qu'en appliquant les seuils OMS plus bas que ceux initialement retenus cette proportion augmente à 30 % des consultants en médecine de ville (28, 29). Il apparaît donc que le médecin généraliste occupe une place stratégique dans le repérage des personnes en difficulté avec l'alcool et ce, d'autant plus, que les patients lui accordent une grande confiance : une étude menée en 2002 montre le niveau extrêmement élevé de confiance accordée, aussi bien pour les problèmes d'alcool que pour ceux liés à l'usage de tabac ou de drogues illicites. Elle indique aussi qu'il existe un très faible niveau de réticences à parler d'alcool avec son médecin généraliste (30).

.6.2 Comment ?

Il existe trois types de repérage : la consommation déclarée d'alcool (CDA), les questionnaires standardisés et les marqueurs biologiques.

En dehors de l'approche opportuniste, c'est-à-dire lors de la découverte d'un dommage physique ou biologique lié à l'alcool, l'abord de la consommation d'alcool devrait être le plus systématique possible (recommandations OMS et de nombreuses institutions canadiennes et américaines.(31, 32, 33)), dans le cadre d'un entretien clinique, en évitant d'être moralisateur ou d'être en confrontation avec le patient, avec l'aide de questionnaires standardisés, tel le DETA, l'AUDIT ou le FACE (Annexe 2, 3, 4). Le mésusage d'alcool ne constitue pas en général le motif de consultation et doit être spécifiquement recherché.

L'AUDIT est un auto-questionnaire en dix questions élaboré par l'OMS qui évalue le mésusage sur les douze derniers mois. Il paraît plus performant pour repérer les buveurs à risque que le questionnaire DETA en quatre questions. Celui-ci est plus facile d'emploi mais moins sensible. Il évalue la consommation sur la vie entière et semble plus adapté au repérage des alcoolodépendants qu'à celui des buveurs excessifs (34). Enfin le questionnaire FACE en cinq questions, élaboré par l'équipe française du programme « Boire moins c'est mieux » (22). Celui-ci semble être le plus applicable à la médecine générale française puisqu'on peut aisément le proposer en consultation et non en salle d'attente, qu'on peut facilement le mémoriser et l'intégrer à un entretien clinique même si la deuxième question doit parfois être reformulée et qu'au total cela prend moins de deux minutes. Il permet de repérer trois niveaux de risque : faible ou nul, consommation excessive d'alcool probable, alcoolodépendance probable (35). Les résultats sont bien sûr à aborder avec une « prudence relationnelle de bon aloi »afin d'éviter la confrontation et les attitudes défensives. Enfin une étude a été menée afin de comparer en France, en Belgique et en Suisse les niveaux d'acceptabilité de trois méthodes de repérage : utilisation du questionnaire AUDIT en salle d'attente, utilisation du questionnaire AUDIT intégré dans un questionnaire de santé et l'utilisation du questionnaire FACE par le médecin en consultation. Elle montre que les médecins français sont plus à l'aise et préfèrent l'utilisation du questionnaire FACE en consultation et qu'ils pensent que son emploi durable est possible (36).

Il ne faut cependant pas oublier que les outils proposés sont avant tout des outils qui doivent s'intégrer dans une prise en charge comme élément d'évaluation de départ d'une situation et comme élément de suivi de l'évolution de celle-ci.

Notons ici que l'indicateur officiel retenu par la DREES (Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques) pour suivre les consommations actuelles à risque est l'AUDIT-C : ce questionnaire, regroupe les trois premières questions de l'AUDIT (questions concernant la consommation d'alcool). Il s'est montré plus performant dans le repérage des buveurs excessifs que l'AUDIT complet (35). Il permet d'identifier les buveurs excessifs actuels, les non-consommateurs actuels et les consommateurs sans risque (occasionnels ou réguliers). Le DETA a également été retenu pour renseigner de la prévalence déclarée de la dépendance ou de l'abus d'alcool « dans la vie ». Les experts de l'IDA (animé par l'OFDT) doivent déterminer des seuils à partir de combinaison de l'AUDIT avec le DETA (3).

7 Organigramme décisionnel, prise en charge en pratique

En ce qui nous concerne, en pratique médicale quotidienne, une utilisation du questionnaire FACE semble la plus appropriée. Elle permet de repérer les consommateurs excessifs et de débuter une prise en charge à l'aide d'un algorithme décisionnel simple qui découle directement du résultat au test (22).

En cas de risque faible ou nul, il faut quoiqu'il en soit restituer le résultat et valoriser le comportement en informant quand même sur les seuils à risque et mener, dans ce cadre, une intervention de prévention primaire.

En cas de dépendance probable, on peut proposer d'entrer dans un processus de soins et éventuellement orienter vers des structures de soins spécialisées.

En cas de consommation excessive identifiée, une intervention de prévention secondaire de type intervention brève peut être proposée par le médecin généraliste lui-même dont la prise en charge est alors valorisée, à condition qu'il soit informé et formé à cette approche.

8 L'intervention brève

.8.1 Principes

Le principe de cette approche repose sur l'utilisation conjointe de l'évaluation, du conseil et de stratégie comportementale afin de modifier le comportement du patient vis-à-vis de l'alcool, de faire baisser sa consommation sous les seuils préconisés par l'OMS et donc d'avoir un impact favorable en terme de santé publique. Il s'agit dans un premier temps d'évaluer le degré de motivation du patient pour changer ses habitudes de consommation. (Annexe 5). Ensuite, en fonction du stade de motivation, on peut proposer une intervention brève plus ou moins complète dont les principes essentiels sont résumés dans l'acronyme anglais FRAMES… « ou les recommandations pour une attitude adaptée dans une intervention brève :

- Feed-back : restitution au patient de l'information relative à la fréquence et à la quantité de sa consommation d'alcool.
- Responsability : la responsabilité du changement de comportement appartient exclusivement au patient, et notamment pas au thérapeute.
- Advice : un conseil de modération est clairement donné au patient, conseil professionnel et scientifique concernant les risques aigus et chroniques de la consommation d'alcool.
- Menu : un choix offrant différentes options relatives à la quantité, au délai et au rythme de la consommation est donné au patient
- Empathy : le thérapeute fait preuve d'empathie, il évite la condescendance, les jugements de valeur et valorise les efforts, les acquis du patient.
- Self-efficacy : le patient est le chef d'orchestre de son traitement, dont le succès lui revient entièrement.(37).

Afin de se familiariser le plus possible avec cette technique, l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) a mis au point, avec l'équipe « Boire moins c'est mieux », des livrets "Alcool, ouvrons le dialogue", correspondant à un kit d'intervention contenant un livret argumentaire pour le médecin, et deux livrets destinés au patient selon son stade de motivation : l'un « pour faire le point » correspondant à une information et l'autre « pour diminuer votre consommation », instrument d'auto-évaluation et d'échange avec le médecin. Le programme « Boire moins c'est mieux » (BMCM) a également édité dans le cadre de ses formations à l'intervention brève une check-list rendant très concrètes les modalités du conseil.

Check-list pour le conseil dans le cadre d'une intervention brève.

1. Restitution du test de repérage :
   Quel est le sens usuel du score présenté par le patient
2. Explication du risque alcool :
   Des études montrent qu'une consommation d'alcool dépassant deux verres par jour (femmes) trois verres (hommes) modifie l'espérance de vie
3. Explication du verre standard :
   Un verre, c'est comme au bistrot : 25 cl de bière ordinaire, 10 cl de vin, 3 cl de whisky ; une bouteille de vin, c'est huit verres, une bouteille de whisky, c'est vingt verres, une « 8°6 », c'est quatre verres (se servir du visuel des manuels)
4. Explication de l'intérêt personnel de la réduction :
   En cas de problème secondaire : c'est normaliser votre biologie, réduire votre tension artérielle, supprimer certains symptômes (sommeil, anxiété, dépression), c'est faciliter votre régime…En l'absence de problème secondaire identifié : qu'est-ce que vous trouveriez comme avantage à réduire votre consommation d'alcool ? (argent, santé, relations …)
   Explication des méthodes utilisables pour réduire sa consommation
   Réduire les occasions, les fréquences, les quantités, trouver des occupations alternatives… (Faire référence au manuel)
5. Proposer des objectifs, laisser le choix :
   Objectifs clairs : passer dans une période déterminée sous les « seuils de risque ». Mais « seulement si vous jugez cela opportun ». (Tout objectif alternatif proposé par le patient est acceptable dans une approche éducative).
6. Donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation :
   Naturelle, cette proposition doit bien être perçue comme optionnelle
7. Remettre le livret :
   Le livret « pour diminuer votre consommation » reprend tous les éléments ci-dessus, et sa remise, même si plusieurs points de la check-list ci-dessus manquent, constitue en soi une intervention.

.8.2 Efficacité de l'intervention brève

Cette technique d'intervention brève est une approche thérapeutique efficace : parue en 2002, une revue systématique générale de toutes les interventions thérapeutiques liées à l'alcool, incluant 361 études contrôlées, a mis en évidence que l'intervention brève est l'intervention thérapeutique possédant à l'heure actuelle le plus haut niveau de preuves scientifiques d'efficacité parmi les traitements disponibles pour le mésusage d'alcool (38) . Il existe un effet positif sur la réduction de la CDA pour une période allant de 6 à 12 mois dans sept des neuf revues publiées à l'heure actuelle. Il faut aussi remarquer que la consommation diminue également dans le groupe témoin ce qui renforce le fait que le repérage seul, voire un conseil minimal suffit à faire baisser la consommation (39) . Ceci est également mis en évidence dans l'étude française menée en 1995 où on constate une baisse de la CDA dans le groupe témoin et dans le groupe intervention : les explications avancées concernent la baisse naturelle de la consommation en France et la formation des médecins du groupe témoin qui ont pu modifier leur prise en charge. « Parler alcool avec un patient serait susceptible d'induire un changement » (40). Une autre étude a montré la baisse de la mortalité à 36 mois attribuée à l'intervention brève (41).

Cette même étude a montré une réduction du nombre de jours d'hospitalisation 6, 12 et 48 mois après l'intervention brève, ainsi qu'une réduction des admissions dans les services d'urgence à 48 mois dans le groupe intervention comparativement au groupe contrôle.

Enfin des études coût-bénéfice sont venues renforcer le concept en validant sa rentabilité. Le travail le plus important mené par Fleming et al, a pris en compte les coûts du point de vue du centre de soin et du patient (perte salariale) et les bénéfices concernant l'utilisation des ressources sanitaires, les actions en justice et les accidents de voiture. Il a mis en évidence un rapport coût-bénéfice de 5,6 :1 en faveur de l'intervention brève (42). Il apparaît donc que cette méthode est efficace, évaluée, applicable en médecine générale à un coût acceptable.

9 Obstacles à la mise en pratique

La limitation majeure à l'efficacité de l'intervention brève semble sa mise en pratique. Les patients perçoivent bien l'expérience quand elle dénuée de jugement. En revanche, l'acceptabilité paraît plus problématique auprès des médecins (43).

Une revue portant sur la diffusion des recommandations basées sur les preuves (en général) a mis en évidence 293 barrières potentielles regroupées dans les catégories suivantes : ignorance de l'existence de recommandations, connaissance insuffisante du détail des recommandations, désaccord entre soignants sur l'efficience et la sûreté des recommandations, doute à propos de sa propre capacité et de ses propres connaissances pour la mise en pratique des recommandations, doute à propos de l'efficience des recommandations en termes de résultat thérapeutique, refus de changer la pratique clinique, doute lié à la faisabilité et au coût (44).

Dans le domaine plus restreint de l'alcoologie et de l'application du dépistage et de l'intervention brève en médecine générale, une enquête dressant un état des lieux des opinions, connaissances, attitudes et pratiques des généralistes a été menée en France en 1995 dans le cadre de l'étude STRAND I initiée par l'OMS. Elle retient de nombreux obstacles émanant du médecin généraliste à la mise en pratique du dépistage systématique : le manque de formation et de légitimité, le manque de savoir-faire, le manque de temps, la démotivation, le malaise ressenti à l'abord de la question alcool, le déni du patient (présent chez les alcoolodépendants mais pas chez les consommateurs excessifs), le sentiment d'inefficacité, le sentiment d'intrusion, la peur du conflit, l'absence de rémunération spécifique pour ces actes de prévention (45). Les mêmes raisons sont retrouvées dans d'autres études et dans les autres pays où cette étude STRAND I a été menée (46, 47, 22).

Le repérage est donc une question de méthode, mais sa mise en œuvre dépend surtout des conceptions que le médecin a de son rôle dans ces situations.

En effet afin de favoriser la diffusion la plus large possible de ces recommandations, il faut évaluer l'implication des médecins généralistes en matière de dépistage et de démarches préventives. L'étude EURECA en 1998 montrait que 45% des médecins interrogés mettaient à la disposition de leurs patients des documents sur les problèmes liés à l'alcool. 49% ont déclaré interroger systématiquement tous leurs patients sur leur consommation d'alcool. Seulement 40% d'entre eux se sont déclarés convaincus de l'efficacité de leurs conseils. Malgré cela, les médecins sont sensibles à la prévention primaire concernant l'alcool et sont demandeurs d'informations et de formations (48, 49). L'enquête la plus récente (2003) sur l'implication des médecins généralistes dans la prévention menée par l'INPES a montré que le sentiment d'efficacité pour aider les patients à changer leur comportement dans le domaine de l'alcoolisme est moins élevé que pour le tabagisme : 37,5 % seulement se sentent « assez » ou « très » efficaces. Cette proportion a néanmoins augmenté de 7,4 points depuis 1998.

L'utilisation de questionnaires sur le thème de l'alcool est déclarée en 2003 par 2 % des médecins (64,8% des médecins interrogés déclarent ne jamais utiliser de questionnaires préétablis d'aide au repérage de facteurs de risque ou au dépistage d'une pathologie). Interrogés sur le frein le plus important à la mise en œuvre d'une démarche éducative avec les patients atteints de pathologies chroniques, seule une infime partie des médecins a déclaré que

la démarche éducative n'entrait pas dans leur rôle de médecin (0,2 %), ou qu'elle n'était pas valorisante (0,3 %). La résistance des patients (51,2 %) et le manque de temps (33,5 %) ont été plus fréquemment cités que le manque de formation (4,8 %) (50).

Il semble évident que la pratique des médecins généralistes évolue et doit intégrer la prévention de façon quotidienne : il faut en convaincre les médecins et les patients et l'organiser afin que ce soit réalisable.

JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE

1 Organisation de la diffusion

Le repérage précoce et l'intervention brève répondent aux critères qui permettent d'envisager un dépistage systématique : le mésusage est un problème fréquent en population générale, il est sous-estimé et est un facteur de risque de pathologies ; les outils de repérage sont fiables et validés ; les techniques d'intervention brève permettent sa réversibilité. Il faut maintenant diffuser son application à grande échelle.

La diffusion du repérage précoce et de l'intervention brève (RPIB) s'inscrit dans le cadre des objectifs de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Le projet de l'OMS en matière de repérage et de prise en charge des problèmes d'alcool en médecine de premier recours comporte quatre phases :

- La phase I du projet a débuté au début des années 1980 et a abouti au développement du questionnaire AUDIT.

- La phase II est une étude d'efficacité. Elle résulte d'une collaboration internationale impliquant dix pays et 1 655 consommateurs à risque. Le principal résultat de cette recherche a mis en évidence que pour les hommes une intervention de cinq minutes permet de réduire leur consommation (en moyenne de 25 % de plus que dans le groupe de contrôle) et d'améliorer leur état de santé par rapport à un groupe témoin sans intervention. Le prolongement de la durée de l'intervention brève ou l'adjonction de visites de contrôle supplémentaires n'améliore pas le résultat.

- La phase III du projet de l'OMS a porté sur les conditions nécessaires à la diffusion du RPIB. Elle était divisée en trois parties. La première partie (STRAND I) a consisté à mener une enquête postale sur les connaissances, les pratiques et les attitudes des praticiens de premier recours en ce qui concerne la prévention et l'intervention précoce en matière d'alcool. L'étude conduite au Royaume Uni a montré que les médecins généralistes n'abordaient pas la question de la consommation d'alcool dans leur pratique routinière et qu'ils n'avaient qu'un nombre réduit de patients alcoolodépendants ou ayant une consommation excessive d'alcool. Les difficultés identifiées par les médecins généralistes étaient l'insuffisance de temps et de formation ainsi que de soutien de la part des autorités gouvernementales. Dans les autres pays participants des résultats similaires ont été observés. La deuxième étape de la phase III (STRAND II) a comporté une étude qualitative sur les freins et les facteurs favorisant la diffusion du RPIB. La dernière étape (STRAND III) a cherché à évaluer de différentes stratégies de mobilisation, de formation et de soutien permettant de promouvoir l'utilisation d'un kit de repérage et d'intervention brève – le Drink less program – par les médecins de

premier recours. Les résultats de cette étude randomisée ont mis en évidence que le télémarketing était la stratégie de mobilisation présentant le meilleur coût efficacité et que la formation accompagnée du soutien téléphonique augmentait les niveaux de mise en pratique.

- La dernière phase du projet de l'OMS, phase IV, touche à sa fin. Elle vise à promouvoir la diffusion à grande échelle du RPIB en pratique de routine. Elle est conduite en Belgique, en Espagne, au Danemark, en Finlande, en France et en Italie. Il existe également des projets en Russie, en Hongrie, en Slovénie et en Suisse. L'objectif de la phase IV est que chaque pays participant décide de la meilleure manière de permettre aux médecins généralistes et autres professionnels de la santé de mettre en pratique le repérage et l'intervention brève de façon routinière et sur une période significative (51).

En France, le programme « Boire Moins C'est Mieux » a été créé au sein de l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA) afin d'adapter les objectifs du programme OMS dit de phase IV au contexte national. La promotion du RPIB auprès des médecins généralistes constitue également l'un des objectifs prioritaires du plan « alcool » 2002-2004 de la Direction générale de la Santé (DGS).

L'organisation de la diffusion du repérage et de l'intervention brève (RPIB) auprès des médecins généralistes vise à amener en 5 ans à ce que la majorité des médecins français ait accès à une formation et qu'au moins un quart d'entre eux le pratiquent de façon routinière, conformément aux souhaits des autorités sanitaires.

Pour y arriver, plusieurs méthodes ont été évaluées et surtout la formation des médecins. Il semble que les meilleures techniques incluent : l'utilisation de protocoles structurés, la participation des médecins autours de jeux de rôles (besoin d'exemples concrets, de dire les mots), l'opinion de collègues expérimentés capables de se représenter les difficultés de la pratique quotidienne et les barrières à la diffusion des mesures de prévention. Malgré tous les efforts et la preuve de leur efficacité, ces formations souffrent de difficultés organisationnelles, de recrutement et de mobilisation des médecins généralistes autour du thème alcool (52).

2 L'étude

Dans ce contexte de diffusion du RPIB et d'amélioration des pratiques, nous avons décidé de comparer deux méthodes de prévention auprès de deux groupes de médecins généralistes. L'un, le groupe « témoin » a reçu par courrier les kits d'intervention INPES décrits précédemment avec une lettre incitant à leur utilisation, l'autre groupe, ayant choisi de participer à une campagne de prévention initiée par une association « Agir en Promotion de la Santé » (APS), a été, sans y être formé, incité, encadré, « managé » pour pratiquer le RPIB de façon « intensive sur une semaine ». Nous espérions ainsi montrer l'impact positif d'un dispositif d'aide de proximité et centré sur la pratique, sur l'application du dépistage et de

l'intervention brève auprès des consommateurs excessifs d'alcool, et ceci à un coût acceptable, dans un cadre différent de celui de la formation.

Si les résultats s'avèrent encourageants, nous pourrions faire émerger des facteurs-clés composant cette organisation qui auront contribué à l'application des recommandations. Ces facteurs déterminants pourraient ensuite s'ils sont reproductibles, venir s'ajouter aux éléments de réflexion pour l'élaboration d'un plan national de promotion du RPIB auprès des médecins généralistes. Ils pourraient également s'appliquer à d'autres domaines de prévention.

3 Historique de la création de l'action de prévention

Suite à l'expérience concluante de la création d'un réseau en Loire Atlantique autour de la prise en charge de patients asthmatiques, un groupe de médecins libéraux et de médecins en santé publique a voulu s'investir dans un nouveau projet autour du thème de la prévention et de la promotion de la santé en médecine libérale et a dans ce but créé une association loi 1901 « Agir ensemble pour la promotion de la santé » (APS).

Ce projet a ensuite dû être méticuleusement explicité afin de pouvoir être accepté en tant que dossier FAQSV (Fond d'Action pour la Qualité des Soins en Ville) et a obtenu un appui notamment financier de l'URCAM (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie) et de l'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux).

Il s'agit de promouvoir une pratique de prévention avec les professionnels de santé libéraux, compatible avec leur exercice quotidien, en renforçant leurs pratiques déjà existantes, en les sensibilisant périodiquement à de nouvelles méthodes ou techniques.

En pratique, l'association s'engage à recruter des médecins généralistes volontaires, qui ont déjà suivi des formations incluant prévention et démarche éducative, et à leur proposer quatre campagnes par an sur des thèmes majeurs de santé publique.

Lors des campagnes, les participants s'engagent eux à « pratiquer » de la prévention, à partir d'outils et de méthodes validées par des études fiables, de façon « intensive » sur un temps court et déterminé (une semaine). Ils reçoivent à leur cabinet tout le matériel nécessaire à l'application des recommandations sur le thème choisi et évaluent les outils en fin de semaine et l'organisation de la campagne en elle-même.

Le coordinateur principal est un médecin généraliste conscient des réalités de la pratique quotidienne des médecins libéraux et est un donc un atout motivationnel majeur.

A chaque campagne, le médecin participant reçoit une rémunération forfaitaire afin de valoriser son travail.

Les campagnes s'intègrent dans une semaine de consultation normale et ne doivent pas entraver l'activité habituelle.

Intégrer l'activité de prévention dans la pratique quotidienne de médecins libéraux, d'une autre façon qu'au travers des jeux de rôles lors d'une formation par exemple est le but majeur de cette entreprise.

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'objectif principal de l'étude était de montrer l'influence du soutien organisé par l'association « Agir en Promotion de la Santé » (APS) vis-à-vis de l'envoi par courrier des mêmes informations et outils, sur la réalisation pratique du repérage précoce et de l'intervention brève (RPIB).

Le critère de jugement principal retenu était le nombre de tests de dépistage réalisés par médecin dans chaque groupe.

Les objectifs secondaires étaient de faire émerger les facteurs déterminants de l'encadrement par l'association qui auraient contribués à la participation plus active du groupe soutenu et de tenir compte des remarques et critiques éventuelles les plus fréquentes à propos des outils et de l'organisation de la campagne.

L'objectif à terme reste l'amélioration de l'application en médecine générale des recommandations basées sur des preuves en pratique quotidienne.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1 Le groupe « APS» (Agir en Promotion de la Santé)

.1.1 Recrutement

Le recrutement de l'échantillon « APS », du nom de l'association encadrante « Agir en Promotion de la Santé », a été effectué à partir d'une liste de 106 médecins généralistes installés essentiellement en Loire-Atlantique, quelques-uns en Maine et Loire. Ils avaient tous participé à des formations incluant prévention et démarche éducative. Ils ont reçu par courrier trois documents : une plaquette générale présentant l'action de l'association (Annexe 6), une autre plaquette expliquant en pratique et en détails le déroulement de la campagne sur le thème alcool (Annexe 7) et une charte (Annexe 8) à signer et à renvoyer en cas d'accord pour y participer. Les 35 premiers répondants devaient être inclus dans le groupe. Ils ont été relancés plusieurs fois par mail uniquement. En réalité, 42 médecins se sont portés volontaires et ont tous été acceptés du fait de la création, du lancement du projet, en vue des autres campagnes envisagées par la suite.

.1.2 Déroulement de la campagne et logistique

En renvoyant la charte, ils s'engageaient à afficher le thème de la campagne et disposer des brochures « Alcool, pour faire le point » en salle d'attente puis, à proposer, au cours d'une semaine de consultation habituelle, à tous leurs patients de 25 à 55 ans (critères établis arbitrairement par l'association afin de ne pas surcharger la quantité de travail, pouvant être élargis selon l'appréciation du médecin), le test de dépistage FACE. En cas d'accord du patient, le test était réalisé, le résultat lui était restitué, une prise en charge adaptée appliquée et un livret « Alcool, pour diminuer votre consommation » lui était remis.

Afin de réaliser toutes ces étapes, l'association a adressé par courrier au groupe « APS » les kits d'intervention INPES précédemment décrits ainsi qu'un carnet à spirale contenant 40 questionnaires individuels et anonymes FACE à remplir avec chaque patient interrogé avec au recto, une grille (cases à cocher) décrivant la conduite adoptée en fonction des scores obtenus au test. Une fiche conseil sur l'entretien motivationnel ainsi que la check-list pratique sur l'intervention brève avaient été ajoutées à la suite. Enfin ils devaient remplir une fiche d'évaluation de la campagne alcool centrée sur les outils utilisés et répondre à un questionnaire de satisfaction concernant l'organisation pratique de la campagne et les éléments à améliorer (Annexe 9).

L'élaboration de ce carnet avait été réalisée progressivement, au terme de réunions successives, grâce à la collaboration active des membres de l'association (médecin généraliste coordinateur, chargée de mission, comptable) et de médecins de santé publique du CREDEPS (Comité Régional et Départemental d'Education et de Promotion de la Santé).

.1.3 Recueil et analyse des données

Ce carnet devait ensuite être réadressé au siège de l'association. Le participant recevait pour cela une rémunération forfaitaire. Toutes les données recueillies ont ensuite été dépouillées et analysées à l'aide du logiciel Excel par l'équipe de l'association.

2 Le groupe « témoin »

.2.1 Constitution de l'échantillon

A partir de la liste des 35 médecins prévus du groupe « APS », nous avons constitué le groupe « témoin » en triplant l'effectif afin d'augmenter le nombre de réponses, considérant que nous pouvions n'avoir qu'un tiers de répondants.

Cela correspondait à 105 médecins généralistes.

A partir de la liste des médecins généralistes de Loire-Atlantique obtenue d'après les pages jaunes (985 réponses), nous avons exclu les associations ainsi que les médecins contactés par l'association qui avaient déjà reçu les plaquettes décrivant l'action « APS ». Au total il restait 846 réponses. Nous avons souhaité apparier les 2 groupes en fonction du sexe et du lieu d'activité (rural ou urbain) afin de tenter d'homogénéiser les 2 échantillons.

	Groupe « APS »	Liste pages jaunes	Groupe « témoin »
Femme/urbain	**8**	**125**	**24**
Femme/rural	**9**	**77**	**27**
Homme /urbain	**10**	**341**	**30**
Homme/rural	**8**	**303**	**24**
Total	**35**	**846**	**105**

Afin d'obtenir l'échantillon « témoin », nous avons utilisé la méthode du pas :

- Pour tirer au sort 24 Femme/Urbain, nous avons divisé 125 par 24 = 5,2 (5) puis noté après un jet de dé (chiffre obtenu : 4) le 4^{e} nom de la liste FU des pages jaunes et relevé pas à pas tous les cinquièmes noms.
- Puis 27 Femme/Rural, nous avons de la même façon divisé 77 par 27 = 2,85 (3). Dé : 5. Nous avons ensuite noté le 5^{e} nom et relevé pas à pas tous les 3 noms.
- 30 Homme/Urbain : 341/30 = 11,36 (11) Dé = 5. Nous avons noté le 5^{e} nom puis relevé tous les 11 noms
- 24 Homme/Rural : 303 /24= 12,6 (13) Dé = 2. Nous avons noté le 2^{e} nom et relevé tous les 13 noms.

.2.2 Déroulement de l'enquête téléphonique

Nous avons envoyé aux 105 médecins les documents INPES (kits d'intervention « Alcool : ouvrons le dialogue ») assortis d'un courrier rédigé sous l'égide du CREDEPS les enjoignant à lire et utiliser ces documents (Annexe 10). Un mois plus tard nous les avons tous contacté par téléphone et nous leur avons soumis un questionnaire rapide et concis prenant au total 3 à 5 minutes, rempli au moment du contact téléphonique, permettant de recueillir des informations sur (Annexe 11) :

- la réception des documents
- la consultation des documents envoyés
- la réalisation des tests de dépistage en consultation sur 1 mois,
- la mise à disposition des brochures aux patients,
- les remarques éventuelles sur les documents ou le thème
- l'implication personnelle dans la prévention.

Une seconde partie était consacrée aux données démographiques et aux caractéristiques de l'exercice du médecin.

.2.3 Recueil et analyse des données

Les questionnaires ont été remplis pour chaque médecin du groupe « témoin » à chaque contact téléphonique. Les données ont ensuite été dépouillées et enregistrées sur Excel.

3 Comparaison du critère de jugement principal

Afin de comparer le nombre de tests de dépistage réalisés par médecin dans les 2 groupes, nous avons utilisé un test de Mann et Whitney et recherché une différence significative.

4 Calendrier

- semaine du 10/10/05
  - *évaluation de la réalisation pratique de la campagne par 6 médecins généralistes.*
- semaine du 24/10/05
  - *élaboration du protocole d'étude*
  - *rédaction du courrier destiné aux médecins du groupe « témoin » accompagnant les brochures INPES*
  - *constitution du groupe «APS» et du groupe « témoin »*
- semaine du 30/10/05
  - *envoi du matériel nécessaire à la réalisation de la campagne à chaque médecin du groupe «APS».*
- semaine du 7/11/05
  - *envoi des brochures INPES et du courrier aux 105 médecins du groupe « témoin »*
- semaine du 14/11/05
  - *campagne de prévention du groupe «APS»*
- semaine du 21/11/05
  - *réception des carnets du groupe «APS»*
- semaine du 28/11/05
  - *dépouillement, analyse des résultats dans le groupe «APS»*
- semaine du 12/12/05
  - *contact téléphonique de tous les médecins du groupe « témoin » et remplissage des questionnaires*
- janvier-février 2006
  - *analyse globale des résultats et mise en forme.*

RÉSULTATS

1 Groupe « APS »

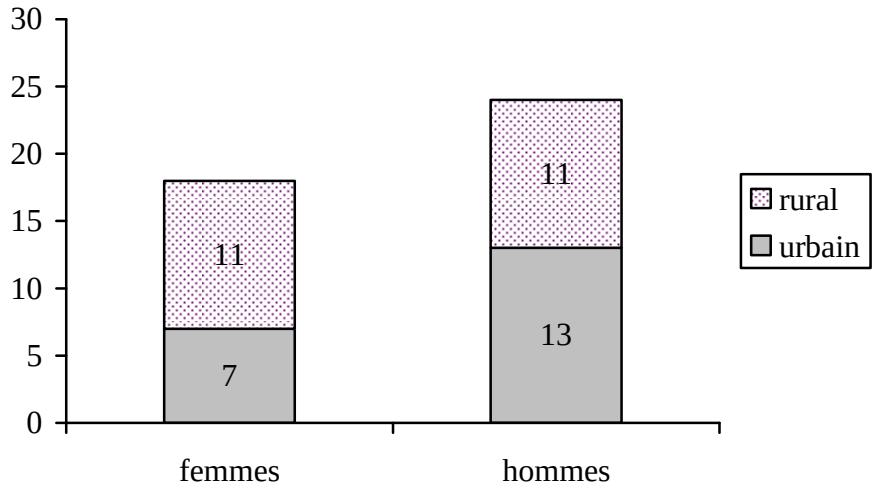
.1.1 Description de l'échantillon

106 médecins généralistes, ayant tous participé à des formations incluant prévention et démarche préventive, ont été informés par mail et courrier postal de la création du projet d'action de prévention par « APS » (association « Agir en Promotion de la Santé ») et du thème de la première campagne. Parmi eux, 42 médecins se sont inscrits volontairement pour participer à l'expérience et constituent l'échantillon du groupe «APS». Ils ne sont donc pas représentatifs de la population générale des médecins libéraux tant en termes de variables démographiques et caractéristiques de l'activité médicale, que du fait de leur implication préalable dans une démarche préventive.

Ces 42 médecins se répartissent de la façon suivante :

- En fonction du sexe :
  - *18 femmes*
  - *24 hommes.*
- En fonction du lieu d'exercice :
  - *22 exerçant en milieu rural*
  - *20 exerçant en milieu urbain.*

1- Répartition du groupe "APS" en fonction du sexe et du lieu d'exercice



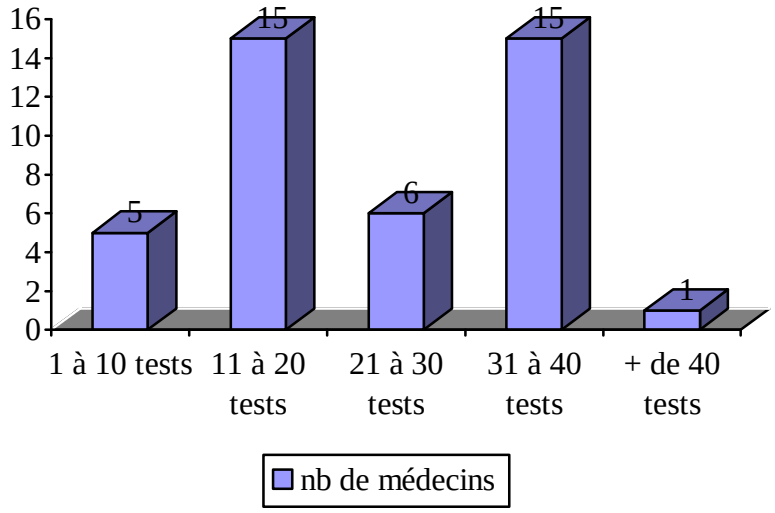
En moyenne, ces médecins pratiquent 97 consultations par semaine. (Il faut noter que cette moyenne intervient sur 14 médecins, les seuls à avoir complété cette information).

.1.2 Proportion de tests FACE réalisés dans le groupe « APS »

Ces 42 médecins ont rempli 1054 questionnaires FACE, la moyenne obtenue est donc de 25 tests par médecins.

Cela correspond à environ 1 patient sur 4 vu en consultation au cours d'une semaine.

2- Distribution du nombre de tests réalisés par médecin dans le groupe "APS"



- Influence du sexe du médecin sur la proportion de tests réalisés :

Sexe	Moyenne des tests réalisés par médecin	Minimum	Maximum
Femmes N=18	25	4	53
Hommes N=24	25	4	40
Test de Mann-Whitney	p = 0,77 (Ua = 228)		

La différence n'est pas significative.

- Influence du lieu d'exercice sur la réalisation des tests

Lieu d'exercice	Moyenne des tests réalisés par médecin	Minimum	Maximum
Milieu rural N=22	23,7	11	53
Milieu urbain N=20	26,6	4	40
Test de Mann-Whitney	p = 0,49 (Ua = 248)		

La différence n'est pas significative.

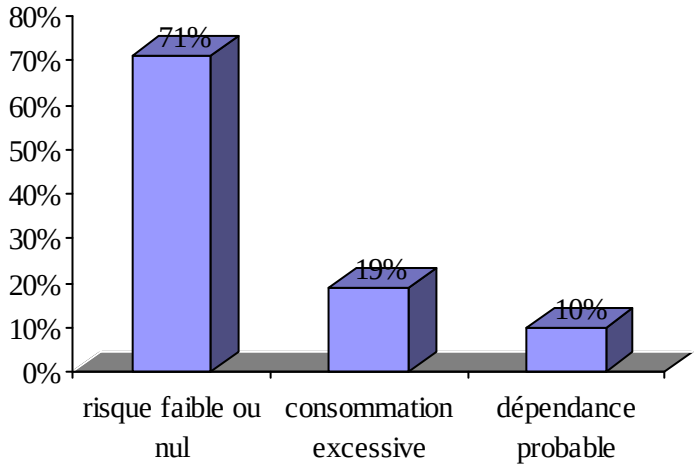
.1.3 Résultats des tests FACE remplis par le groupe « APS »

- Analyse globale

Il faut noter que 53 questionnaires remplis n'ont pas pu être analysés car ont été remis par erreur aux patients et non renvoyés au coordinateur.

Sur les 1001 restants, il y avait 71% (707) de tests correspondants à un risque faible ou nul, 19 % (191) de consommateurs excessifs probables et 10% (103) d'alcoolodépendants probables.

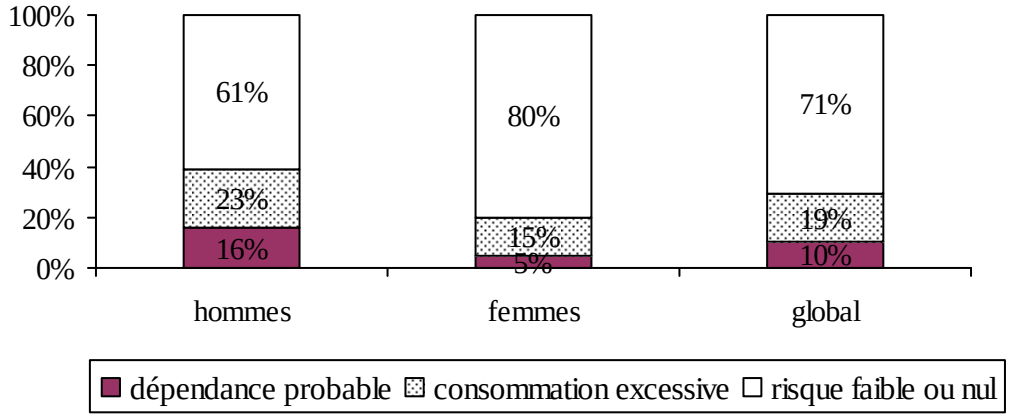
3- Répartition des scores au test FACE



- Analyse des scores en fonction du sexe

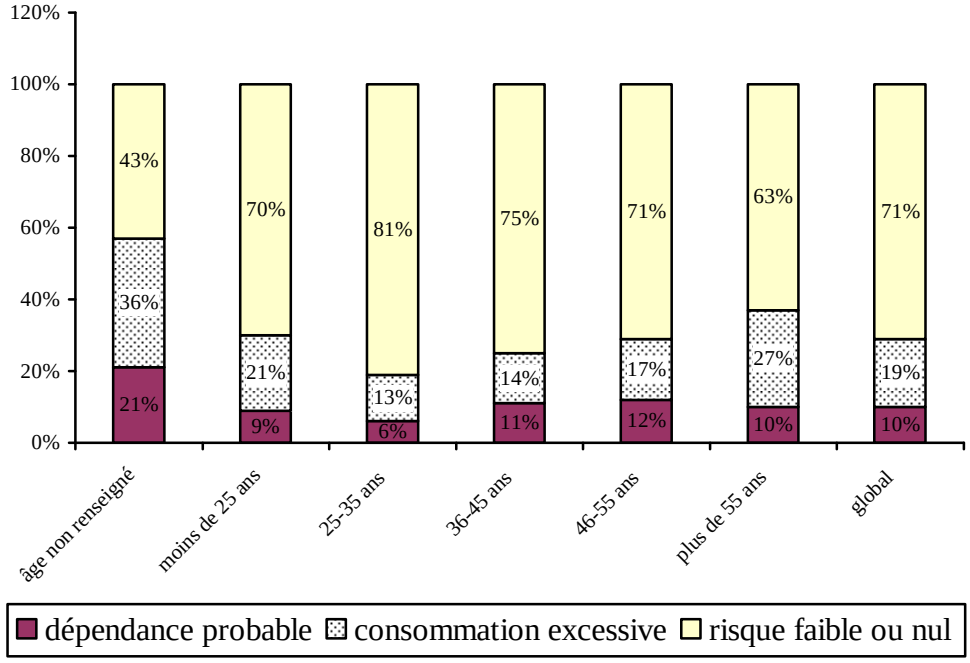
Sur les 1001 tests réalisés, il y avait 492 hommes et 509 femmes dont la répartition des scores s'organisent comme suit (sexe ratio F/H : 1,03)

4- Répartition des tests en fonction du sexe (%)



- Analyse des scores en fonction de l'âge

5- Répartition des tests par âge (en %)



.1.4 Attitudes des soignants après la restitution du test au patient

- Expliquer le risque alcool : 70% (70% des médecins ayant adopté une attitude après la restitution du test ont expliqué le risque alcool).
- Expliquer le verre standard : 75%
- Discuter de l'intérêt personnel de la réduction : 39%
- Expliquer les méthodes utilisables pour réduire la consommation : 24%
- Proposer des objectifs, laisser le choix : 28%
- Donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation : 31%
- Remettre une brochure : 65%

.1.5 A propos de la fiche d'évaluation

Sur les 42 médecins ayant participé, 1 seul ne l'a pas rempli. Nous avons extrait les données qui nous intéressaient spécifiquement :

- 38 (92,7%) ont disposé l'affiche de façon visible en salle d'attente
- 33 (80,5%) médecins ont mis à disposition les brochures en salle d'attente
- 27 (65,9%) ont proposé « systématiquement » un livret à la fin de leur entretien

.1.6 Remarques les plus fréquentes effectuées par les médecins lors de commentaires libres sur la semaine de campagne :

- Obstacles
  - Manque de temps (cité par 14 médecins)
  - Contexte de consultation non favorable (pathologie aiguë…) (4)
  - Refus du patient (4)
  - Doute sur l'efficacité du test (4)
  - Déni déstabilisant (chez les alcoolodépendants connus) (4)
  - Abord difficile lors d'une consultation en couple (2)
  - Peur de heurter la sensibilité des patients (1)
  - Une formation aurait pu précéder la campagne (1)
- Points positifs
  - Parler d'alcool avec les patients et se faire une idée précise de leur consommation (12)
  - Patients sensibles à l'intérêt porté par le médecin sur ce thème (8)
  - Test rapide et clair (5)
  - Renforcer la place du généraliste dans le dépistage (3)

2 Groupe « témoin »

.2.1 Description de l'échantillon

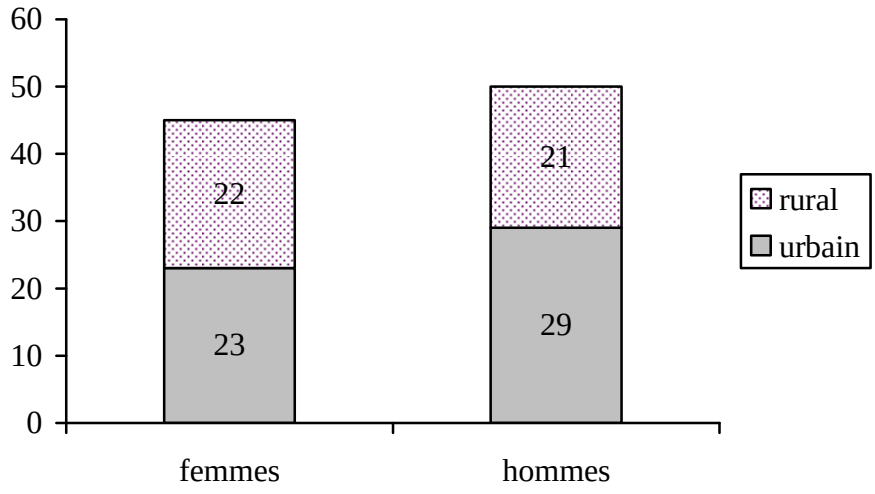
Le groupe « témoin » est composé de 105 médecins, appariés avec l'échantillon du groupe « APS » en fonction du sexe et du lieu d'exercice.

10 n'ont pas répondu, soit du fait d'un mode d'exercice particulier, soit par refus ou n'ont pas pu être joint.

L'étude a donc concerné 95 médecins généralistes.

- Répartition en fonction du sexe
  - *50 hommes*
  - *45 femmes*
- Répartition en fonction du lieu d'exercice
  - *43 exercent en milieu rural*
  - *52 exercent en milieu urbain*

6- Répartition du groupe "témoin" en fonction du sexe et du lieu d'exercice



En moyenne, ces médecins pratiquent 115 consultations par semaine.

.2.2 Réponses au questionnaire téléphonique

Il s'agit de la première partie du questionnaire, la deuxième étant consacrée aux données démographiques et caractéristiques de l'activité médicale précédemment décrites.

Elle reposait sur 8 questions. Dès qu'une réponse négative était prononcée, elle excluait le droit de répondre aux questions suivantes et interrompait ainsi le questionnaire.

Questions	NON	OUI
1- Se souviennent-ils avoir reçu les documents ? **N= 95**	42 (44,2%)	53 (55,8%)
2- Ont-ils lu les documents ? **N= 53**	13 (24,5%)	40 (75,5%)
3- Ont-ils proposé les tests de dépistage ? **N= 40**	28 (70%)	12 (30%)

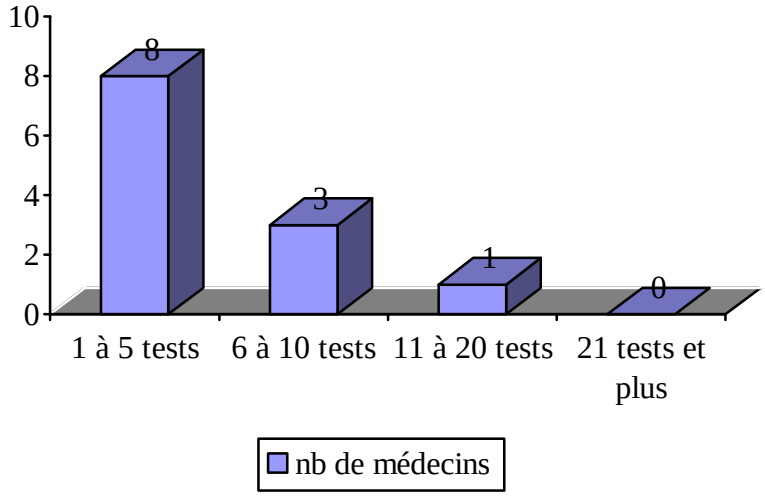
On remarque que sur les 95 médecins interrogés au départ :

- 40 (42%) ont lu ou parcouru les documents qui leur ont été adressés.
- 12 (12,6%) seulement ont réalisé des tests de dépistage auprès de leurs patients

.2.3 Proportion de tests de dépistage réalisés en consultation (question 4)

12 médecins ont proposé des questionnaires, après avoir reçu et lu les documents envoyés. Au total cela correspond à 64 tests réalisés par 12 médecins : la moyenne s'élève à 5,3 questionnaires réalisés par médecin.

7- Distribution du nombre de tests de dépistage réalisés par médecin dans le groupe "témoin"



Ces 12 médecins ont tous (100%) proposé les brochures envoyées à leur patient soit en consultation, soit en salle d'attente (question 5).

Sur ces mêmes 12 médecins, seulement 4 (33,5%) seraient intéressés pour participer à une campagne de prévention et ont demandé à recevoir une information à ce sujet (question°8).

- Influence du sexe du médecin sur la réalisation des tests :

Sexe	Moyenne des tests réalisés par médecins	Minimum	Maximum
Femmes N=4	2	2	2
Hommes N=8	7	1	20
Test Mann-Whitney	Ua = 24 (Useuil=4)		

Il existe une différence significative.

- Influence du lieu d'exercice sur la proportion de tests réalisés :

Lieu d'exercice	Moyenne des tests réalisés par médecin	Minimum	Maximum
Milieu rural N=6	3,2	2	8
Milieu urbain N=6	7,5	1	20
Test Mann-Whitney	Ua=22 (Useuil =5)		

La différence est significative.

- Aucun d'entre eux n'a accepté de me recevoir au cours d'un entretien afin d'évoquer les résultats des tests réalisés (question 13).

.2.4 Remarques les plus fréquentes citées librement lors de l'entretien téléphonique

- Intérêt de pouvoir mettre les brochures en salle d'attente (cité par 31 médecins)
- Consommation déclarée d'alcool régulièrement demandée lors de l'interrogatoire sans autre forme de prise en charge, jamais de questionnaire standardisé utilisé (22)
- Abord surtout opportuniste en fonction des symptômes et de la biologie (8)
- Thème intéressant et préoccupant (8)
- Manque de temps (8)
- Amalgame très fréquent avec la prise en charge des alcoolodépendants et tout ce qui en découle : peur du conflit, échecs de prises en charge antérieures rendant les médecins complètement désabusés, le déni des patients… (5)
- Documents qui permettent de bien repérer les seuils aussi bien pour les patients que pour les médecins (4)
- Documents intéressants, bons supports, facilitant l'abord de la question alcool, amenant à un questionnement positif dans le couple (3)
- Peur du conflit surtout dans les couples (1)
- Fuite des patients après évocation de leur consommation d'alcool (1)
- Trop de questionnaire de dépistage qu'il faudrait réaliser dans de nombreux domaines pour la prévention. (1)

3 Comparaison des 2 groupes

.3.1 Critère de jugement principal : nombre de tests de dépistage réalisés par semaine et par médecin

	Moyenne des tests réalisés par médecin	Minimum	Maximum
Groupe « APS » N=42	25	4	53
Groupe « témoin » N=12	5,3	1	20
Test de Mann-Whitney	$p < 0,0001$ (Ua = 474)		

La différence est significative.

DISCUSSION

1 Les résultats principaux

Cette étude montre que la proportion de tests de dépistage réalisés dans le groupe «APS », c'est-à-dire encadré par l'association est plus importante que dans le groupe « témoin ». L'influence de ce type de soutien et d'incitation est donc majeure comparativement à l'envoi par courrier des recommandations à mettre en pratique.

Dans le baromètre INPES médecins/pharmaciens 2003, on retrouve aussi une association entre la participation à un réseau et l'utilisation de ce type de questionnaire de dépistage (tous thèmes confondus). Le réseau évoqué dans ce contexte est certainement différent du dispositif décrit dans cette étude mais l'encadrement par des professionnels identifiables et joignables facilement doit cependant être un point commun (50).

Afin de pouvoir interpréter ce résultat avec prudence, il nous faut examiner les biais de l'étude.

2 Les biais de l'étude

.2.1 Comparabilité des échantillons

L'échantillon du groupe « APS » n'est pas représentatif de la population générale des médecins généralistes et diffère de l'échantillon « témoin » par trois critères essentiels :

- l'implication préalable de ces médecins dans le domaine de la prévention par au moins une inscription à une formation à la démarche préventive ou éducative. Ce critère est essentiel, il peut influencer une prise en charge, un comportement différent du médecin. Dans le baromètre INPES médecins/pharmaciens 2003, ce critère, noté investissement du médecin dans un rôle de prévention, est associé à un meilleur sentiment d'efficacité à aider les patients à changer de comportements (50).
- leur inscription volontaire pour participer à l'étude résultant donc d'une démarche active affirmée et réfléchie
- enfin la rétribution forfaitaire substantielle qu'ils perçoivent pour leur travail. Celle-ci concourt à la valorisation de la démarche et constitue un obstacle de moins à la mise en pratique des recommandations en matière de prévention, même s'il s'agit d'un frein relativement peu important parmi d'autres. Il est cité par 6,7% des médecins loin derrière la résistance des patients et le manque de temps (50).

.2.2 Recueil téléphonique des données de l'échantillon témoin

La méthode de recueil téléphonique des données dans le groupe « témoin » est peu fiable et constitue un autre biais : en effet les médecins ne sont pas ou peu disponibles pour répondre à une enquête au cours d'une journée de consultation. Ils disent d'abord être surchargés de travail, et la période des fêtes, vacances et épidémies de fin d'année a dû amplifier le phénomène. De plus ils semblent harcelés par différentes enquêtes aussi bien par courrier que par téléphone et refusent parfois de répondre sans accepter d'explications. Ensuite, en ce qui concerne le recueil du nombre de tests réalisés, il s'agit d'un mode déclaratif, dans le contexte précité (manque de temps, exaspération par les enquêtes). La fiabilité d'un tel recueil est forcément moindre vis-à-vis de tests remplis, retournés et dépouillés par l'enquêteur. Enfin, il faut noter que certains médecins ont déclaré, en dehors du questionnaire, puisqu'ils avaient été exclus par une réponse négative à l'une des trois premières questions, qu'ils utilisaient régulièrement ces questionnaires de dépistage et qu'ils connaissaient les documents INPES avant ce courrier (ceci concerne 3 médecins sur les 95)

3 Commentaire des résultats secondaires

.3.1 Nombre de tests réalisés

Le groupe « APS» a réalisé en moyenne 25 tests par semaine. Il faut relever qu'on ne leur avait fourni que 40 tests vierges à remplir et à retourner. Certains médecins ont exprimé le fait qu'ils auraient pu en faire plus.

Les limites d'âge fixées au départ à 25-55 ans afin de ne pas surcharger l'activité au cours de la semaine ont été facilement élargies.

.3.2 Le repérage systématique : fréquence

Cette moyenne de tests réalisés (25/semaine) correspond à environ 1 patient sur 4 vu en consultation au cours de la semaine. C'est encore loin des objectifs à atteindre au cours de la mise en place du repérage systématique. Dans l'étude REPEX, on s'est attaché à définir l'approche systématique afin de choisir des critères d'éligibilité des patients : on a exclu les patients vus dans les 8 semaines précédentes correspondant aux patients nécessitant une surveillance rapprochée.

En effet, une approche systématique de la consommation d'alcool de chaque patient adulte ne doit pas amener le généraliste à exercer ce repérage à chaque consultation mais au bénéfice de chacun de ses patients au cours de l'année. On a également exclu les mineurs. Les patients éligibles représentent tout de même environ 1 patient sur 2 vu en consultation sur une semaine par un médecin généraliste français, soit le double de ce qui apparaît dans notre groupe « APS ».

Ainsi, même avec l'encadrement de l'équipe d'APS, le repérage est sous utilisé. On peut imaginer qu'au cours d'une activité où le repérage serait devenu systématique, il ne s'adresserait qu'aux nouveaux patients et à ceux dont le dernier contrôle remonte à une ou plusieurs années. L'activité de repérage menée alors systématiquement, terme un peu effrayant pour les médecins, serait proposée encore moins fréquemment.

Cela s'inscrit également dans un nouvelle approche du suivi en médecine générale : le travail par objectif notamment c'est-à-dire n'aborder que certains thèmes ciblés, un ou deux

par consultation, différents à chaque consultation de suivi et faire une sorte de roulement sur un an par exemple (53). Ceci permet de ne pas se sentir surchargé par la démarche préventive, de ne pas avoir l'impression de dérouler un catalogue de dépistage puis de recommandations, d'intégrer au mieux pour le médecin et le patient la mission d'acteur en prévention et en éducation pour la santé.

.3.3 Influence des caractéristiques démographiques et de l'activité des médecins sur le repérage

Dans le groupe «APS », le sexe et le lieu d'exercice ne semblent pas influencer le dépistage des consommateurs excessifs. Il peut exister quelques différences dans l'échantillon « témoin » mais la très petite taille de l'échantillon impose à la prudence sur le fait de pouvoir en tirer des conclusions. Dans l'enquête réalisée par l'INPES en 2003 (50), les facteurs semblant être associés à une augmentation de l'utilisation des questionnaires de dépistage sont :

- l'âge : les 50 ans ou moins déclarent un peu plus souvent en utiliser que les médecins de plus de 50 ans
- le mode d'exercice particulier (acupuncture, homéopathie, phytothérapie…)
- la participation à un réseau

.3.4 Résultats des tests FACE

Le groupe ayant réalisé la campagne de prévention organisée par l'association APS a identifié 19% de consommateurs excessifs (23% des hommes et 15% des femmes) et 10% de dépendants probables (16% des hommes et 5% des femmes) parmi les consultants en médecine générale au cours d'une semaine de consultation.

C'est un pourcentage plus important que celui relevé dans d'autres articles, surtout en ce qui concerne la proportion d'alcoolodépendants probables et de femmes présentant un mésusage d'alcool : D.Huas en 1993 déclarait que 29,5% des hommes (25% de consommateurs excessifs et 5% de dépendants probables) et 11% des femmes (10% de consommateurs excessifs et 1% de dépendant probable) présenteraient un mésusage d'alcool (27). Il s'agit cependant d'une enquête assez ancienne maintenant et qui était basée sur des seuils et des tests différents. On retrouve aussi des taux plus bas lors de l'enquête ayant abouti à la construction du questionnaire FACE. Elle a eu lieu en 2001 en région parisienne sur 564 patients : la prévalence des consommateurs excessifs retrouvée était de 12,9% (18,4 % des hommes et 9,4% des femmes) et le taux de dépendants probables s'élevait à 4,4% (8,5% des hommes et 1,8% des femmes). Le chiffre des consommateurs excessifs était peut-être un peu sous-estimé du fait d'un grand nombre d'abstinents (54).

Dans notre groupe on peut penser que les chiffres sont surestimés du fait de la sur-représentation des alcoolodépendants. En fait les médecins ont probablement proposé les tests de dépistage plus facilement et plus fréquemment aux personnes déjà connues pour avoir un problème d'alcool. En effet on pense surtout à interroger les patients de sexe masculin, de plus de 40 ans, appartenant à des groupes sociaux donnés et jamais les jeunes, les femmes, les soignants, les cadres…(55). Les stéréotypes amènent à un tri inconscient qui se fait au détriment de la prévention secondaire (22). On peut aussi ajouter deux autres explications :

premièrement l'association réductrice déjà citée, fortement ancrée, faite entre les problèmes liés à l'alcool et la dépendance (certains n'ont proposé les tests de dépistage qu'aux alcoolodépendants) et deuxièmement on peut penser que les explications fournies par le réseau n'étaient pas encore assez claires et insistantes sur le fait que ce dépistage s'adresse à tous, qu'il s'agit de prévention primaire et secondaire et qu'on ne parle pas, dans ce cadre de la prise en charge de la dépendance à l'alcool.

Ceci met bien en évidence le biais que les propres représentations du médecin peuvent engendrer, et la difficulté qu'il y a à vouloir faire tomber les barrières, à changer les idées reçues.

Enfin ces médecins, même s'ils avaient participé à des formations sur la prévention, n'en avaient pas reçu spécifiquement sur le thème alcool.

Dans une autre étude récente réalisée par la DREES, les pourcentages retrouvés sont comme dans notre étude relativement élevés. Les seuils utilisés sont ceux de l'OMS mais les tests sont différents, il s'agit de l'AUDIT-C et du DETA : l'enquête intervient sur 50372 patients ayant consulté un médecin généraliste au cours d'une semaine donnée ; elle retrouve 30 % de buveurs excessifs, dépendants inclus (46% des hommes, 39% dans notre étude, et 12,7% des femmes, 20% dans notre étude). Le but de cette étude était de montrer qu'il existe des discordances importantes entre les résultats aux tests et la déclaration des médecins.

Tout ceci doit nous faire garder à l'esprit que les tests restent des outils : ils peuvent permettre l'abord plus facile du thème alcool mais le résultat doit être restitué dans le cadre d'une relation médecin-malade faisant preuve de bon sens, d'écoute, d'empathie sans jugement ni intrusion. Enfin, cela doit conduire également à faire changer la perception du risque alcool chez les médecins. En effet, notamment chez les jeunes, nombreux sont ceux qui n'intégraient pas une consommation ponctuelle ou discontinue, mais en réalité dépassant les seuils OMS sur une semaine ou atteignant l'ivresse, comme une consommation à risque (28, 29).

Tableau récapitulatif

	Groupe APS	D.Huas	S.Arfaoui	Drees
Consommateurs excessifs	**19%**	**17,5%**	**12,9%**	
Hommes	23%	25%	18,4%	
Femmes	15%	10%	9,4%	
Dépendants probables	**10%**	**3%**	**4,4%**	
Hommes	16%	5%	8,5%	
Femmes	5%	1%	1,8%	
Mésusage	**29%**	**20%**	**17,3%**	**30%**
Hommes	39%	29,5%	26,9%	46%
femmes	20%	11%	11,2%	12,7%

On retrouve par ailleurs dans les résultats de notre groupe comme dans les autres études, une prévalence plus importante chez les hommes et augmentant avec l'âge.

.3.5 Attitudes des soignants

Ici, on met en évidence que les médecins sont plutôt à l'aise dans leur rôle d'explication « théorique » du risque alcool, mais que leur implication pratique dans la modification des comportements des patients est plus difficile. Il s'agit en effet de techniques particulières, l'intervention brève, se rapprochant des techniques comportementales qui nécessitent une formation et le besoin de se sentir assez confiant dans la méthode pour l'appliquer. Cependant, il vaut mieux intervenir de façon simple, sans se préoccuper de l'excellence de son savoir-faire, que de ne pas oser le faire : le médecin y gagne en réalisant ainsi que l'intervention n'est pas si difficile à mener, et le patient entend souvent pour la première fois des conseils adaptés sur sa consommation. Une fois convaincu du bien-fondé de la démarche, le médecin devra donc se convaincre qu'il est en mesure de réaliser ce type d'intervention avec l'aide d'un savoir-faire relationnel (FRAMES) et d'un support de conseil (kit INPES) (22). Il faut également, pour que le médecin se l'approprie d'une façon telle qu'il puisse l'appliquer en pratique de routine, qu'il soit intimement convaincu que cela fasse partie de son rôle, de sa mission en tant qu'acteur de santé publique, qu'il intègre la légitimité de la démarche. Ceci doit participer d'un profond changement de l'activité quotidienne médicale telle qu'elle est actuellement exercée et enseignée dans les facultés (sémiologie, diagnostic, traitement) afin que le médecin modifie sa prise en charge et que le patient lui aussi s'y adapte.

.3.6 Les brochures et affiches

Les brochures sont très facilement laissées à disposition des patients dans la salle d'attente et ce, dans les deux groupes. La démarche est passive mais les médecins le mettent facilement en avant, disant faire un minimum qui participe à sensibiliser les patients sur le thème alcool. C'est déjà un premier pas et cela peut engendrer dans certains cas un questionnement par le patient en consultation.

.3.7 Les obstacles

On retrouve les habituels obstacles à la diffusion du RPIB auprès des 2 échantillons : manque de temps, peur de l'intrusion, peur du déni, de faire fuir le patient, amalgame avec l'alcoolodépendance… L'obstacle à une pratique de repérage tient plus souvent aux inhibitions du médecin qu'à la dissimulation du malade. Dans tous les pays où des études sur les obstacles à ce type d'intervention ont été menées, les médecins expliquent leur manque d'initiative dans ce domaine par les mêmes raisons (47). Le manque de légitimité, le manque de temps, le manque de valorisation des actes préventifs sont les premières raisons évoquées. Viennent ensuite le manque de savoir-faire, la peur de blesser le patient, et donc de le perdre, et la très imprécise perception du risque alcool, qu'on continue d'assimiler le plus souvent à « l'alcoolisme ». On peut aussi entendre leur gène et leurs doutes à ce sujet (46). Gène d'être intrusif, de risquer de lever des lièvres qu'on ne sait comment poursuivre, d'avoir à placer son propre rapport à l'alcool dans la dichotomie normal/pathologique…Doutes quant à la pertinence des seuils de risque et quant à l'utilité d'une intervention. (22).

Je pense que l'obstacle majeur reste que les représentations de beaucoup de médecins sont déterminées par le seul modèle de l'alcoolodépendance : plusieurs ont déclaré de leur patientèle : « ils sont tous alcooliques » ou tout aussi étonnant « il n'y a pas de problème d'alcool dans ma clientèle ». Tout ceci reste fortement ancré alors qu'on pouvait penser qu'à force de campagnes d'information ce cap avait été dépassé.

.3.8 Les points positifs

Il existe toutefois des points encourageants : la majorité des médecins sont préoccupés par ce thème alcool, ils sont conscients que cela concerne une part importante de leurs consultants et qu'ils ont un rôle à jouer en matière de santé publique. De plus les outils fournis ont été bien appréciés du fait de leur lisibilité, de leur clarté. Les seuils sont rendus accessibles aussi bien pour les médecins que les patients. Ils permettent au moins un questionnement sur le sujet et un abord plus facile en consultation.

4 Analyse et proposition d'explication des résultats principaux

Il existe une différence significative entre les deux méthodes visant à l'application du RPIB en faveur de l'action de prévention élaborée par l'association « Agir en Promotion de la Santé » malgré les biais déjà précités.

.4.1 Facteurs favorisants de la campagne de prévention ayant participé à cette différence

- L'équipe constituante de l'association :

Un médecin généraliste est le promoteur du projet, personne de confiance pour les professionnels de santé puisqu'il connaît les contraintes de l'activité médicale. Il est donc réaliste sur les objectifs à demander et à atteindre en matière de prévention. Par ailleurs il est joignable et identifiable très facilement. Enfin ses qualités relationnelles sont bien sûr un atout majeur à la réussite de l'entreprise. Il a impulsé l'élan afin de mobiliser une équipe autour du projet. Cette équipe se compose d'autres professionnels de santé : médecins généralistes, quelques spécialistes, des médecins de santé publique, notamment en lien avec le CREDEPS, et enfin d'une chargée de mission et d'une comptable. C'est ensemble qu'ils ont pu élaborer le projet, le proposer et obtenir ensuite, difficilement, un financement.

- La logistique :

C'est-à-dire rendre les outils accessibles, sous une forme « prête à l'emploi » : les médecins ont été très sensibles au carnet à spirale dans lequel, sous un seul format, on retrouvait tout ce qui était nécessaire à la réalisation du dépistage et les conseils nécessaires à l'application de l'intervention brève. Il s'agit d'une tâche en amont en équipe qui permet de travailler les outils, les adapter en tenant compte d'une pratique habituelle afin d'améliorer l'acceptabilité. Dans ce contexte une pré-enquête de faisabilité auprès de 6 médecins généralistes avait été organisée afin d'anticiper et de résoudre les éventuels questionnements. Ensuite il faut réfléchir sur la meilleure diffusion, communication possible autour du projet d'action de prévention auprès des professionnels et enfin créer des outils d'évaluation spécifiques…

- La rémunération des participants

Comme nous l'avons déjà dit plus haut, elle participe également à la valorisation de la démarche.

.4.2 Facteurs limitants de l'envoi par courrier des outils de formation

Les réponses relevées auprès du groupe « témoin » attestent de la faible influence de l'envoi par courrier des outils de formation, en termes de transmission de connaissances et d'incitation à la mise en pratique de nouvelles recommandations. Le seul point positif qu'ils mettent assez facilement en avant est la mise à disposition des brochures en salle d'attente.

Un peu plus d'un médecin sur deux ne se souvient pas avoir reçu le courrier ou ne l'a pas lu. De plus parmi ceux qui l'ont lu (42%), seulement 30% d'entre eux ont appliqué la démarche décrite et proposé un questionnaire de dépistage. Cet état de fait était déjà apparu dans le volet français de l'étude Strand III qui étudie les stratégies de sensibilisation des professionnels de santé sur le thème de l'intervention précoce dans le domaine de l'alcool. Au

cours de cette étude on tentait de démarcher des médecins généralistes afin qu'ils participent à une action de dépistage des consommateurs excessifs. Parmi ceux qui avaient été démarchés par courrier, seuls 40% ont répondu (dont 62,5% ont accepté), alors que 93 % de ceux qui ont été contactés par téléphone ou contact direct ont répondu (et parmi eux, respectivement 77% et 92% favorablement). Ceci prouve que la présentation des messages contribue assez largement à augmenter l'intérêt suscité pour la démarche et que par ailleurs le contact nécessitant une réponse orale constitue une amorce positive (56).

5 Points-clés favorisant la promotion du RPIB

.5.1 Recommandations du rapport l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) en matière de promotion du RPIB

Le rapport rendu en avril 2005 sur les stratégies de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève en matière d'alcool auprès des généralistes de l'OFDT à la demande de la DGS (Direction Générale de la Santé) (51) fait émerger plusieurs recommandations pour diffuser le RPIB à partir de cinq expériences régionales.

On rappelle que les objectifs des autorités sanitaires sont de mettre en place un plan national de promotion du RPIB visant à amener en cinq ans la majorité des médecins français à une formation et à un quart au moins à la pratique routinière du RPIB. Sachant que le rapport de la Cour des Comptes en 2003 sur la politique sanitaire de lutte contre l'alcoolisme relève entre autre défaillance que le dépistage médical est considéré comme le « maillon faible » : les médecins sont peu mobilisés, par manque de temps, de formation, de valorisation des actes de prévention. L'effort doit donc être particulier dans ce domaine.

Le compte-rendu de l'OFDT stipule que la promotion du RPIB comprend 3 axes majeurs :

- Développer la communication, médiatisation pour diffuser de nouvelles représentations sociales en matière d'alcool en particulier en ce qui concerne la légitimité et la capacité du médecin généraliste à prévenir les comportements à risque. C'est dans ce cadre que divers professionnels de santé ont fait l'objet récemment de la campagne de communication de l'INPES visant à promouvoir le dialogue sur l'alcool. Lancée par la DGS et la MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie) dans le cadre du plan cancer et du plan quinquennal en novembre 2004, elle a notamment comporté la diffusion de plus de un million de dépliants rappelant les risques liés à une consommation excessive, les repères de consommation à moindre risque, les équivalences entre types de boissons alcoolisées ainsi qu'un document d'accompagnement à destination des professionnels. Les effets de ce type d'intervention ne s'inscriront que dans la durée et ne porteront pleinement leurs fruits qu'à long terme. Plus récemment une campagne radio télévisée vise, en soulevant la problématique des buveurs excessifs, à désamorcer les idées les plus répandues sur la consommation d'alcool et à rappeler les seuils de consommation à risque. « Cinq millions de Français ont un problème avec l'alcool. Et si les autres c'était vous ».
- Définir des stratégies spécifiques de mobilisation et formation des médecins généralistes
- Fournir des outils pratiques dans le but de garantir une assise solide et durable du RPIB

Pour cela il serait nécessaire de :

- Modifier les représentations des médecins généralistes concernant les problématiques d'alcool

- Inciter les médecins à se former.

Il s'agit du problème de sensibilisation des médecins. Il existe une faible mobilisation autour du thème alcool, des difficultés de recrutement pour les formations. Le rapport OFDT laisse entrevoir des méthodes drastiques telles des mesures d'obligation non détaillées afin d'augmenter les rangs : « à moins que la formation médicale continue ne devienne effectivement obligatoire avec un accent prioritaire mis sur la thématique alcool, une proposition de formation au RPIB ne saurait recevoir une audience significative sans la mise en oeuvre d'une véritable stratégie de mobilisation des médecins. Tous les acteurs impliqués en région insistent sur l'importance de concevoir un véritable « démarchage » des médecins afin de s'assurer de leur participation aux sessions de formations ou bien de leur écoute pour des entretiens individualisés à leur cabinet. « Insister », « mettre la pression » voire « ne pas laisser le choix » dessinent l'esprit qui doit être investi pour une mobilisation effective des praticiens ».

Il semble par ailleurs que la méthode de démarchage la plus rentable en terme de coût efficacité soit le télémarketing. Elle suscite de meilleurs résultats vis-à-vis de l'inscription à des sessions de formations et de la motivation à vouloir mettre en pratique le RPIB d'après les études réalisées au Danemark et en Australie faisant partie de la phase III OMS (57, 5 8).

L'envoi d'un simple courrier, même renouvelé, est largement insuffisant.

- Inciter les médecins à pratiquer le RPIB et de façon durable

La formation constitue une étape incontournable pour encourager une mise en pratique du RPIB par les médecins généralistes. Il est nécessaire de privilégier des messages courts, opérationnels, en somme de se rapprocher au mieux de ce qui fait sens pour le médecin, tout en tenant compte de ses conditions d'exercice habituelles. Il s'agit en effet des stratégies évaluées pour enseigner et diffuser l'intervention brève auprès des médecins généralistes : formation courte incluant des jeux de rôles, des discussions entre participants. Par ailleurs les informations impliquant des changements de pratique sont prises en compte uniquement lorsqu'elles sont proposées par un collègue expérimenté capable de se représenter les difficultés de la pratique quotidienne et les barrières à la diffusion de mesures de prévention. Au total, la mise en pratique quotidienne du RPIB passe par la formation qui devrait être interactive, approfondie et continue. Des mesures de mises en pratique telles que remboursement, aide au repérage systématique, contrôle de qualité sont nécessaires (52).

Viser une mise en pratique du RPIB implique également la mise en œuvre d'actions complémentaires venant prolonger ou soutenir les savoirs et savoir-faire délivrés dans le cadre du dispositif de formation en tant que tel. Un dispositif de type « formation-action » paraît des plus profitables. Il s'agit d'un dispositif incluant formation puis évaluation de l'application

pratique et recueil du vécu du médecin à différents moments au cabinet s'inscrivant donc dans la proximité et dans la durée, par exemple sur 1 an. Ce dispositif relativement lourd justifierait une indemnisation des participants. Il est cependant très intéressant car les médecins généralistes sont d'autant plus disposés à pratiquer le RPIB qu'ils ont eu l'occasion de l'expérimenter. De plus, les acteurs impliqués dans les stratégies régionales sont unanimes pour dire « qu'une fois ne suffit pas » et que la formation seule ne suffit pas non plus. Afin d'entériner la pratique du RPIB, il serait nécessaire de répéter les messages, remobiliser les médecins, en somme de prévoir des « piqûres de rappel » jusqu'à l'appropriation de la démarche.

Au total le dispositif idéal semble apparaître de telle façon : une formation brève incluant des jeux de rôles, pratiquée par des confrères expérimentés, puis des dispositifs d'évaluation de la pratique et du vécu de son application par les médecins accompagnés de rappel des messages pertinents sur la méthode.

.5.2 Points-clés issus de l'étude compatibles avec ces recommandations

- Concernant l'association « Agir en Promotion de la Santé »

  - *Le promoteur et l'équipe*

On retrouve comme facteur déterminant, la proximité. En tant qu'acteur local, l'association est proche des médecins généralistes. Le rapport OFDT relève qu'on doit s'appuyer sur les dispositifs locaux déjà existants et profiter de l'expérience acquise par les promoteurs de telles initiatives. Les succès et les difficultés rencontrées au plan local doivent participer à l'enrichissement d'un plan national.

Par ailleurs le fait que le promoteur du projet soit un médecin généraliste est un atout majeur. Les messages et les changements de pratique médicale sont mieux compris et acceptés lorsqu'ils sont diffusés par des confrères conscients des réalités de l'activité médicale de routine.

  - *La logistique*

Toute l'équipe mobilisée retravaille les outils disponibles, les rend plus clairs et concis et s'occupe de l'acheminement au cabinet. L'objectif est de « limiter » l'application des outils et méthodes de prévention à la « simple » motivation ou envie de la pratiquer en tentant de dégager le professionnel de tout obstacle matériel. On sait effectivement que les professionnels de santé sont parmi les plus sollicités en information. La simplification maximale est donc également un atout majeur.

- *Le coût*

Ce dispositif, de type recherche-action, c'est-à-dire fournissant des outils à mettre en pratique et évaluant leur application est certes plus coûteux qu'un banal envoi postal. Il s'agit d'un soutien de proximité, relativement lourd incluant des frais pour le matériel nécessaire envoyé aux médecins, l'indemnisation forfaitaire qui leur est attribuée (environ 220 euros) et les frais de fonctionnement de l'association qui comprend notamment les salaires de l'équipe constituante (un médecin coordinateur à 75%, une assistante administrative à 50% et une comptable à 11%), la location des locaux…Cependant une étude a comparé quatre types de formation/soutien : une formation de courte durée avec soutien minimal, stratégie la moins efficace et la plus chère ; pas de formation ni soutien ; une formation sans soutien ; une formation avec soutien maximal. Cette première étude n'a pas montré de différence significative mais en 2001, une autre étude a montré que la version avec le niveau de soutien le plus élevé a le meilleur coût efficacité en terme de nombre d'années de vie gagnées (58, 59).

Le recul nécessaire à l'évaluation de tels critères dans notre enquête n'est pas suffisant mais la mise en évidence d'une différence importante sur la mise en pratique du RPIB en comparaison avec l'envoi simple de courrier peut laisser à penser que les répercussions en termes d'amélioration de la mortalité prématurée seraient également différentes. Il faut noter cependant que ce dispositif n'inclue pas la formation, elle repose sur la mise à disposition des outils, l'incitation à leur application régulière et l'évaluation de cette application ainsi que le recueil des remarques des professionnels de santé.

- *Dossier FAQSV et financement*

Il s'agit d'un des points qu'il faudrait améliorer, faciliter et simplifier. En effet pour promouvoir un projet concernant une action de prévention il faut tout d'abord respecter une méthodologie précise : état des lieux, priorisation des sujets traités, objectifs mesurables, actions détaillées…Ceci afin d'élaborer un dossier bien ciselé capable de convaincre les différentes instances sollicitées par la suite du bien-fondé de la démarche. Il faut ensuite solliciter le financeur adapté dont le champ d'intervention inclut le sujet traité. Enfin, bien souvent, la nécessité de co-financements est indispensable. On voit bien apparaître toute la complexité de la démarche d'élaboration d'une action de prévention

C'est pourquoi, et ceci est également soulevé dans le rapport OFDT, il est nécessaire que l'état affiche une volonté politique forte en la matière et s'engage concrètement. Nombre d'acteurs sont fortement impliqués en région, il est important de veiller à ce que ces énergies ne s'épuisent pas faute de soutien, d'accompagnement ou de référentiel balisant leur action. Il faut donc pour cela que l'état s'engage à assurer les acteurs locaux d'une stabilité financière, favoriser les partenariats, stimuler les ressources locales ou pallier à leurs carences.

- Concernant le RPIB

  - *Participer à l'application d'un repérage systématique*

Le repérage systématique est en pratique peu réalisé. D'après une étude dans le Languedoc sur 665 médecins, l'abord systématique de l'alcool à chaque ou lors du bilan d'un nouveau patient est marginal et ne concerne respectivement que 8,7% et 19,5% des médecins interrogés (60). Ce terme mérite sûrement qu'on l'explicite un peu : en effet, si le repérage devenu de pratique routinière, ne s'adresse qu'aux nouveaux patients et à ceux qui en ont bénéficié un an auparavant, la charge de travail n'est pas considérablement augmentée. En effet l'institution d'un tel dispositif doit demander du temps au cours des premiers mois puis s'installer dans la régularité. On pourrait encore faciliter son application en intégrant le questionnaire FACE dans les logiciels médicaux à côté des données d'habitudes de vie. Un calcul rapide du résultat et de son équivalence ainsi qu'un signal de rappel tous les ans pour le reproposer simplifieraient encore son application Cette évolution des pratiques est tout à fait bénéfique et répond à un questionnement permanent sur la manière d'exercer.

  - *Participer au changement des représentations du médecin sur le problème alcool*

Dans un premier temps, cette application systématique des tests de dépistage permet d'élargir la perception du médecin à propos des seuils et du risque alcool. Même si les résultats doivent être repris avec le patient avec tout un savoir faire relationnel et sans jugement mais avec empathie (il existe des discordances parfois importantes entre le déclaratif des médecins sur l'opinion qu'il a de la consommation de ses patients et les résultats des tests (29)), ils permettent aussi à l'inverse de faire apparaître des comportements à risque jusqu'alors insoupçonnés. En effet le sujet alcool est majoritairement abordé quand le médecin a un doute quant à l'existence d'une consommation excessive (81,7%) et/ou quand le patient a une pathologie contre-indiquant la prise d'alcool ou bien qu'il présente un problème somatique ou des désordres biologiques en lien avec une prise excessive d'alcool (60, 45). De plus, comme il est dit plus haut, le médecin fait intervenir ses propres représentations, inconsciemment, et ne parle d'alcool qu'avec certaines catégories sociodémographiques de sa clientèle. Il peut donc occulter de nombreux cas de consommation excessive. En réalisant les tests de façon systématique, le médecin prend conscience par lui-même des cas problématiques qu'il pouvait écarter auparavant.

Par ailleurs cette campagne participe également à faire évoluer le sentiment fort d'association entre problème d'alcool et dépendance. En effet les représentations des médecins généralistes concernant le produit sont tout aussi contrastées que celles de l'opinion publique. De la consommation admise et valorisée on passe brutalement à des représentations empreintes de jugement moral (60, 46).

Un des enjeux majeurs consiste donc à casser ces représentations, sortir de l'alcoolodépendance pour amener les médecins à considérer la prévalence et l'impact sanitaire des alcoolisations excessives.

- *S'approprier l'intervention brève et l'appliquer de façon durable*

Ce dispositif telle une « recherche-action », place le médecin au centre de l'intervention. Il applique à l'aide de conseils simples et simplifiés et d'un soutien de proximité de nouvelles méthodes avec lesquelles il n'est pas familier. En réalisant cette méthode, il prend conscience lui-même que la technique n'est pas si difficile à mettre en œuvre, même si elle bouscule et fait évoluer sa pratique habituelle, qu'elle ne requiert pas de compétences inaccessibles et s'intègre dans une relation médecin-malade, moderne et tenant compte de l'évolution de la société. De plus on s'intéresse à son vécu par une enquête de satisfaction, les sentiments positifs et les difficultés qu'il a rencontrés afin de pouvoir faire évoluer les recommandations. Enfin l'évaluation de la méthode, de ses résultats et le compte-rendu de la campagne réalisée par l'association, qui lui est adressé, lui permet de s'évaluer, de se situer aussi vis-à-vis de ses collègues. Tous ces éléments visant un renforcement positif et une valorisation du changement de la pratique habituelle concourent à ce que le médecin s'approprie la technique et à terme l'utilise de sa propre initiative à long terme.

- Quelle place accorder à ce type d'initiative ?

Au total, beaucoup de points sont positifs et pourraient être repris. En rendant concrète l'application pratique des recommandations, pouvant au départ être perçues comme éloignées de la réalité de l'activité médicale quotidienne, auprès de ces généralistes, cette méthode d'incitation et de soutien par une organisation de proximité apporte une dynamique différente et complémentaire de la formation, qu'elle ne remplace pas.

Notons qu'elle s'adresse à des médecins déjà sensibles à la part importante de la prévention dans leur champ d'action. Il ne s'agit pas d'un handicap. Au contraire, cela correspond en partie au « modèle participatif » comme il est expliqué dans ce même rapport de l'OFDT : « Les acteurs partie prenante de ce modèle sont réunis par la volonté de travailler en réseau, par leur sensibilité pour une thématique particulière ou par l'intérêt qu'ils portent à un projet de recherche. Leur implication ne se limite pas au suivi d'une ou plusieurs sessions de formation ou à l'application du RPIB. Ils sont partie prenante de la promotion du RPIB. En effet, leur adhésion à un référentiel commun, de nombreuses rencontres interprofessionnelles ou des échanges entre pairs disposent d'une puissante force de conviction qui « fait boule de neige ».L'adhésion à une « culture » ou l'inscription dans un cadre de travail ou de recherche spécifique dispose d'un puissant effet de stimulation. Pour autant, l'institution d'une culture commune demande du temps. De plus, l'effet « boule de neige » généré par le modèle participatif ne peut se concrétiser qu'une fois la conviction emportée sur cette même culture. La mise en oeuvre d'un modèle participatif s'inscrit donc dans la durée et implique initialement une impulsion portée par un leadership fort ».

Dans notre campagne impulsée par l'équipe associative « APS », on renforce fortement une envie présente « d'adhérer à une culture », de participer à l'évolution des pratiques. Par là même, les médecins ainsi valorisés se feront les meilleurs émissaires auprès de leurs confrères de ces nouvelles pratiques (effet « boule de neige »).

Ce modèle, même si les résultats attendus à grande échelle peuvent être longs me semble plus intéressant que les autres modèles qui sont : le modèle « dispositifs locaux » qui s'appuie (par définition) sur des dispositifs de formation continue existants et appréciés par les médecins généralistes ; le modèle « démarchage personnalisé » ; le modèle « top-down » : implique l'élaboration d'un référentiel par une organisation spécifique appelé à être appliqué de façon normalisée et exhaustive. Ce dispositif est susceptible de pêcher par manque de souplesse. On ne peut faire l'économie d'un processus d'adaptation aux réalités de terrain.

Une question reste en suspens : auprès de cette population de médecins motivés et sensibles à la problématique de la prévention, un niveau de soutien moindre aurait-il eu les mêmes effets ?

CONCLUSION

Nous avons au cours de ce travail répété la nécessité qu'il y a à dépister les consommateurs excessifs d'alcool afin de réduire la morbi-mortalité prématurée et si possible l'évolution vers l'alcoolodépendance. Si les outils nécessaires à cette prise en charge existent, ils restent sous-utilisés. Les freins émanant des médecins généralistes restent prépondérants et le sujet alcool demeure « tabou » pour de multiples raisons. Toutes les méthodes qui pourront contribuer à faire appliquer ces outils doivent être encouragées. Le soutien par une association type « APS » (Agir en Promotion de la Santé) avec réflexion sur le meilleur moyen d'encadrement des professionnels de santé afin de renforcer et valoriser leurs efforts a montré ses preuves en comparaison à l'habituel envoi de courrier d'information dont les médecins se disent submergés.

Cette initiative originale est intéressante même si elle ne remplace pas les séances de formation. Elle vient renforcer le nouveau comportement du médecin libéral au cabinet afin d'en optimiser la pratique et nous l'espérons de façon durable.

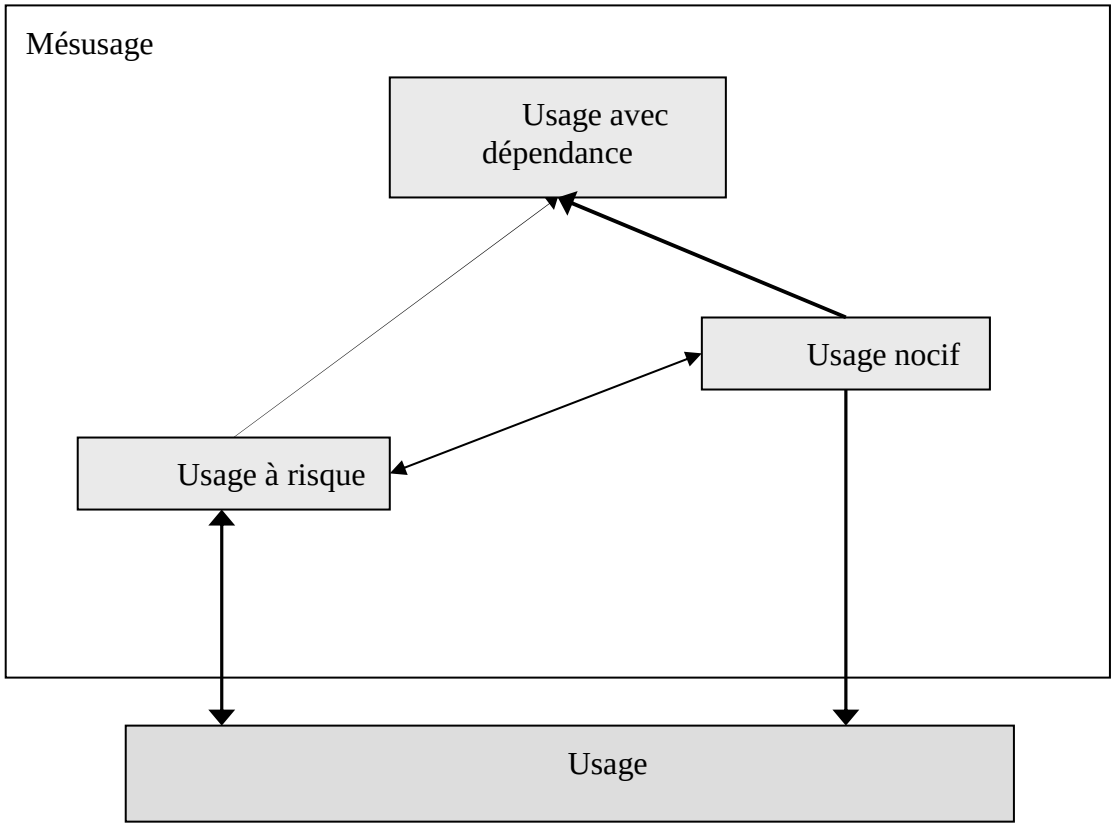
Au-delà de l'alcool, elle vient participer à l'évolution des pratiques en médecine générale en matière de démarche préventive. En effet il est inscrit dans la dernière convention nationale des médecins parue au journal officiel le 11 février 2005 qu'une des missions du médecin traitant est d' « assurer les soins de prévention (dépistage, éducation sanitaire, etc) et contribuer à la promotion de la santé ». Cependant, même si la part de la prévention dans l'activité du médecin généraliste est estimée à environ 32,5% par la SFMG (société française de médecine générale) (61) en pratique il persiste de nombreuses limites avant qu'on ne lui reconnaisse une légitimité et un rôle propre.

Pour cela il faudrait améliorer la formation, la formation continue mais aussi la formation initiale des médecins généralistes. En effet la prévention ne fait pas partie de la culture traditionnelle professionnelle du médecin. On assiste cependant à des avancées en la matière avec la mise en place du DES de médecine générale. De plus, un temps approprié devrait être affecté à la prévention, de la même façon que le temps de l'examen clinique ou de la prescription. On pourrait alors aboutir à une véritable reconnaissance de ce rôle majeur de la part des médecins mais aussi des patients. Cette évolution des pratiques ne pourra s'effectuer que progressivement si des volontés personnelles s'unissent en coordination, bien évidemment avec des volontés politiques claires et cohérentes.

ANNEXES

1 Annexe 1 : Evolution du mésusage

Rapport entre les différents types d'usage (24).



2 Annexe 2 : Questionnaire DETA

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-vous déjà eu l'impression que vous buviez **Trop** ?
4. Avez-vous déjà eu besoin d'**Alcool** dès le matin pour vous sentir en forme ?

Deux réponses positives à ces questions ou plus sont évocatrices d'un mésusage d'alcool.

3 Annexe 3 : Questionnaire AUDIT et AUDIT-C :

	0	1	2	3	4	score
1- Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool	Jamais ou moins	1 fois/mois ou moins	2 à 4 fois/mois	2 à 3 fois/semaine	Au moins quatre fois/semaine	
2- Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus	
3- Au cours d'une même occasion combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres standard ou plus ?	Jamais	Moins d'1 fois/mois	1 fois/mois	1 fois/semaine	Chaque jour ou presque	
4- Dans les douze derniers mois combien de fois avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?	Jamais	Moins d'1 fois /mois	1 fois/mois	1 fois/ semaine	Chaque jour ou presque	
5- Dans les douze derniers mois, combien de fois le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois/mois	1 fois/semaine	Chaque jour ou presque	
6- Dans les douze derniers mois, combien de fois, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?	Jamais	Moins d'1 fois/mois	1 fois/mois	1 fois/semaine	Chaque jour ou presque	
7- Dans les douze derniers mois, combien de fois avez-vous un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?	Jamais	Moins d'1 fois/mois	1 fois/mois	1 fois/semaine	Chaque jour ou presque	
8- Dans les douze derniers mois, combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'1 fois/mois	1 fois/mois	1 fois/semaine	Chaque jour ou presque	
9- Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous vaiez bu ?	Non		Oui mais pas dans les douze derniers mois		Oui	
10- Est-ce qu'un ami ou un médecin s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de diminuer ?	Non		Oui mais pas au cours des douze derniers mois		Oui	
Total						

Selon le score obtenu :

- Moins de 6 pour une femme et moins de 7 pour un homme correspondent à un risque «faible» ou à un risque «anodin ».
- Entre 6 et 12 pour une femme et 7 et 12 pour un homme, on est en présence d'une consommation à risque ou à problème.
- Au-delà de 12, dans un sexe comme dans l'autre, l'alcoolodépendance peut être soupçonnée.

L'AUDIT-C correspond aux 3 premières questions de l'AUDIT.

4 Annexe 4 : Questionnaire FACE

	0	1	2	3	4	score
1- À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool	Jamais	1 fois/mois ou moins	2 à 4 fois/mois	2 à 3 fois/semaine	4 fois/semaine ou plus	
2- Combien de verres standard buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus	
3- Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?	Non				Oui	
4- Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?	Non				Oui	
5- Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?	Non				Oui	
Total						

- Hommes :
  - ***Score <5** : risque faible ou nul*
  - ***Score de 5 à 8** : consommation excessive d'alcool probable*
  - ***Score >8** : alcoolodépendance probable*

- Femmes :
  - ***Score <4 :** risque faible ou nul*
  - ***Score de 4 à 8** : consommation excessive d'alcool probable*
  - ***Score >8** : alcoolodépendance probable.*

5 Annexe 5 : Les stades de motivation

Stade de motivation	Description	Exemples
La pré-intention ou l'indifférence	La personne n'envisage pas de changer son comportement dans les six prochains mois.	"Je consomme de l'alcool, et je n'ai pas l'intention d'arrêter, je suis très bien comme ça."
L'intention	Le sujet envisage de modifier ses habitudes dans un avenir relativement proche. Il pèse le pour et le contre.	"Je consomme de l'alcool, mais j'ai sérieusement l'intention d'arrêter (ou de changer) bientôt."
La préparation	La décision est prise et la personne se prépare au changement. Elle demande conseil, recherche des informations.	"Je consomme, mais j'ai décidé d'arrêter ou de modifier sérieusement ma consommation dans le mois qui vient."
L'action	C'est une période au cours de laquelle la personne modifie ses habitudes. Cela lui demande beaucoup d'attention et d'énergie au quotidien.	"Je suis en train de modifier ma consommation."
Le maintien	Il s'agit d'éviter de revenir au comportement antérieur.	"J'ai modifié (ou arrêté) ma consommation depuis moins de six mois."
La résolution	C'est le moment où la personne n'a plus jamais la tentation de revenir à un comportement antérieur, même quand elle est stressée, anxieuse, déprimée ou en colère.	"J'ai modifié (ou arrêté) ma consommation depuis plus de six mois, je n'y pense plus."

6 Annexe 6 : Plaquette 1 présentant l'action générale de l'association.

Soutenir l'action des professionnels de santé souhaitant enrichir leurs pratiques de prévention

Nous sommes :

des médecins libéraux et de santé publique, regroupés dans une association de la loi 1901 "Agir en Promotion de la Santé", ayant obtenu un appui de l'URCAM et le soutien de l'URML.

Vous êtes :

un médecin libéral, pratiquant depuis toujours des activités de prévention.

Il existe des outils de prévention validés et performants pour intervenir sur la morbidité et/ou la mortalité prématurée. Cependant, ces outils sont actuellement sous-utilisés et la grande majorité (65%) des médecins déclare ne jamais se servir de questionnaires ou d'aide au repérage de facteurs de risques ou dépistage d'une pathologie (1).

Nous souhaitons :

Promouvoir une pratique de prévention avec les professionnels de santé libéraux, compatible avec leur exercice quotidien :

- en renforçant leurs pratiques déjà existantes,
- en les sensibilisant périodiquement à de nouvelles méthodes ou de nouvelles techniques.

CONCRETEMENT... EN VOUS APPORTANT DES OUTILS de prévention et d'éducation pour la santé performants et validés.

AGIR ENSEMBLE

(1) - Balinska M.A., Baudier F., Bourdessol H., al. Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003, INPES, 2003.

DES ENGAGEMENTS RÉCIPROQUES

L'association s'engage à :

- **Accompagner les praticiens** de Loire-Atlantique, Maine-et-Loire et Vendée désireux de s'investir dans cette démarche.
- **Organiser quelques campagnes de prévention** d'une durée d'une semaine dans le cadre de leurs pratiques libérales. Chaque semaine de prévention fait l'objet d'un thème spécifique.
- **Proposer, pour chaque campagne, des outils** qui tiennent compte de la pratique des médecins : facilité d'utilisation, sans coût supplémentaire, sans iatrogénie physique ou psychique, ayant une efficacité démontrée.
- **Analyser le déroulement de chaque campagne** et en tenir compte pour réorganiser les suivantes.
- **Coordonner et gérer la logistique** de l'ensemble de cette démarche.

Le médecin s'engage à :

- **Participer à une ou plusieurs campagnes de prévention** proposées chaque année. Au cours de cette semaine, la clientèle bénéficie de divers outils de prévention fournis par l'association (cf schéma ci-contre).
- **Retourner la charte signée et les documents d'évaluation.**

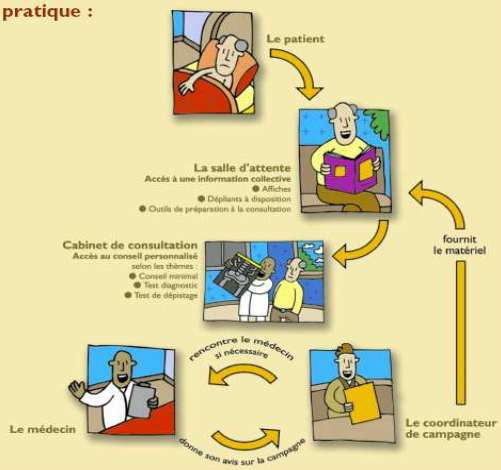
Le médecins bénéficie de :

- **L'ensemble des documents et outils nécessaires** à la réalisation d'une semaine de prévention : document de présentation de la campagne, affiche du réseau, différents outils de prévention et/ou de dépistage (outils collectifs en salle d'attente et/ou outils individuels en consultation), documents d'évaluation. Ils sont livrés au cabinet.
- **La possibilité d'une visite** à son cabinet par le médecin coordinateur, si nécessaire.
- **Une rémunération forfaitaire** par campagne pour valoriser le travail réalisé.
- **Un soutien des professionnels de l'association**, pour, s'il le souhaite, entretenir sa pratique en prévention et éducation du patient.

Pour chaque campagne de prévention, vous recevez sur votre lieu d'exercice :

- **Un document simple explicatif** "mode d'emploi de la campagne".
- **Une affiche pour identifier la campagne** et des brochures thématiques pour la salle d'attente.
- **Un outil de prévention** à utiliser pendant la consultation (tests diagnostics, conseil minimal…).
- **Une fiche d'évaluation** et un questionnaire de satisfaction du praticien en fin de semaine.

En pratique :



Ce que nous vous proposons...

... c'est ...

- **Passer quelques minutes** à préparer la campagne (affichage, disposition des brochures).
- **Passer quelques minutes** de plus avec les patients concernés par le thème de la semaine.
- **Intégrer l'activité de prévention** dans sa pratique quotidienne de travail.
- **Passer un peu plus de temps** avec certains patients bien identifiés.
- **Proposer** seulement 1 ou 2 éléments de prévention apportant un bénéfice dans la prise en charge ou la vie du patient.
- **Pouvoir participer** à une, deux, trois ou quatre campagnes de prévention par an, selon ses possibilités.
- **Pouvoir s'investir** dans cette démarche à sa mesure.

... ce n'est surtout pas...

- **Passer des heures** à préparer la campagne.
- **Passer une heure** de plus avec chaque patient.
- **Déstabiliser** toute sa semaine de travail.
- **Passer du temps** avec tous les patients.
- **Vouloir changer** toutes ses habitudes de soignant(e) et bouleverser la vie du patient.
- **Etre obligé(e)** de participer aux quatre campagnes.
- **Etre contraint(e)** de participer à de multiples réunions.

Vous êtes intéressé(e), vous avez des questions :
Docteur Patrick LEVAILLANT, médecin généraliste coordinateur
Sabrina LECHEVALLIER, chargée de mission

☎ : 02.40.99.22.34 - Fax : 02.40.99.22.24 - Mail : aps-info@wanadoo.fr

Vous souhaitez participer :
Vous renvoyez la Charte "Agir ensemble en prévention en exercice libéral" **signée**

à l'Association APS
7 bis rue Bergère
44000 NANTES

*** Les promoteurs de cette action sont membres de l'association "Agir en promotion de la santé"**

Dr M. Anton, médecin allergologue
Mme C. Greffier, ingénieur en pédagogie
Dr V. David, pédiatre
Dr X. Guérin, médecin généraliste
Dr H. Jover, médecin du travail
Dr P. Lamour, médecin de santé publique
Dr P. Le Vaillant, médecin généraliste
Dr A. Le Rhun, médecin de santé publique
Dr P. Mir, médecin du travail
Dr I. Molle, médecin allergologue

7 Annexe 7 : Plaquette 2 concernant le déroulement de la campagne « Alcool »

-

•

… NOUS VOUS PROPOSONS …

de préparer votre salle d'attente avant le début de la semaine…

→juste avant le début de la campagne←

① En posant l'affiche thématique sur votre mur

10 min.

② En disposant les brochures "Alcool, pour faire le point, ouvrons le dialogue" sur un endroit accessible

→ Si cela est possible, la secrétaire proposera systématiquement, à l'accueil des patients de 25 à 55 ans (*), la brochure "alcool, pour faire le point"

(*) ce choix est un compromis entre les données de la littérature et de la charge de l'exercice. Il peut être élargi à votre convenance.

de poursuivre votre action au cours de la consultation…

→pendant la semaine…←

5-6 min.

1 - Proposer systématiquement à vos patients de 25 à 55 ans(*), de réaliser le test FACE, (Formule pour Approcher la Consommation d'alcool par Entretien), dans le cadre de cette semaine de prévention

→ **Si le patient est d'accord :**

2 - Remplir le questionnaire FACE sur le carnet fourni

3 - Remplir les résultats (score total) du questionnaire FACE

4 - Restituer le résultat du test à tous les patients

5 - Réaliser votre prise en charge habituelle en fonction du risque de consommation

6 - Cocher les éléments de la conduite adoptée sur le carnet

→ **Pour tous les patients :**

7 - Proposer la brochure "Alcool, pour faire le point, ouvrons le dialogue" si elle n'a pas été prise dans la salle d'attente

Si cela vous intéresse, une fiche-conseil est disponible sur l'entretien

de terminer par l'évaluation …

→juste après la semaine…←

30 min.

1 - Remplir la fiche d'évaluation

2 - Remplir le questionnaire de satisfaction

3 - Renvoyer le tout (test FACE + conduite tenue) au médecin coordinateur

Pour cela, vous avez à votre disposition les documents suivants…

- Un document "**mode d'emploi de la campagne alcool**"
- Deux affiches thématiques pour la salle d'attente "**Alcool, pour faire le point**"
- Des brochures "**Alcool, pour faire le point, ouvrons le dialogue**"
- Un carnet de tests FACE[3] (recto) et de conduite médicale appliquée (verso)
- Une fiche synthétique sur l'entretien motivationnel
- Sur demande, un dossier documentaire sur les consommations excessives d'alcool et sa prise en charge médicale
- Une fiche d'évaluation
- Une questionnaire de satisfaction du médecin

Vous êtes intéressé(e), vous avez des questions :
Docteur Patrick LE VAILLANT, médecin généraliste coordinateur
Sabrina LECHEVALLIER, chargée de mission

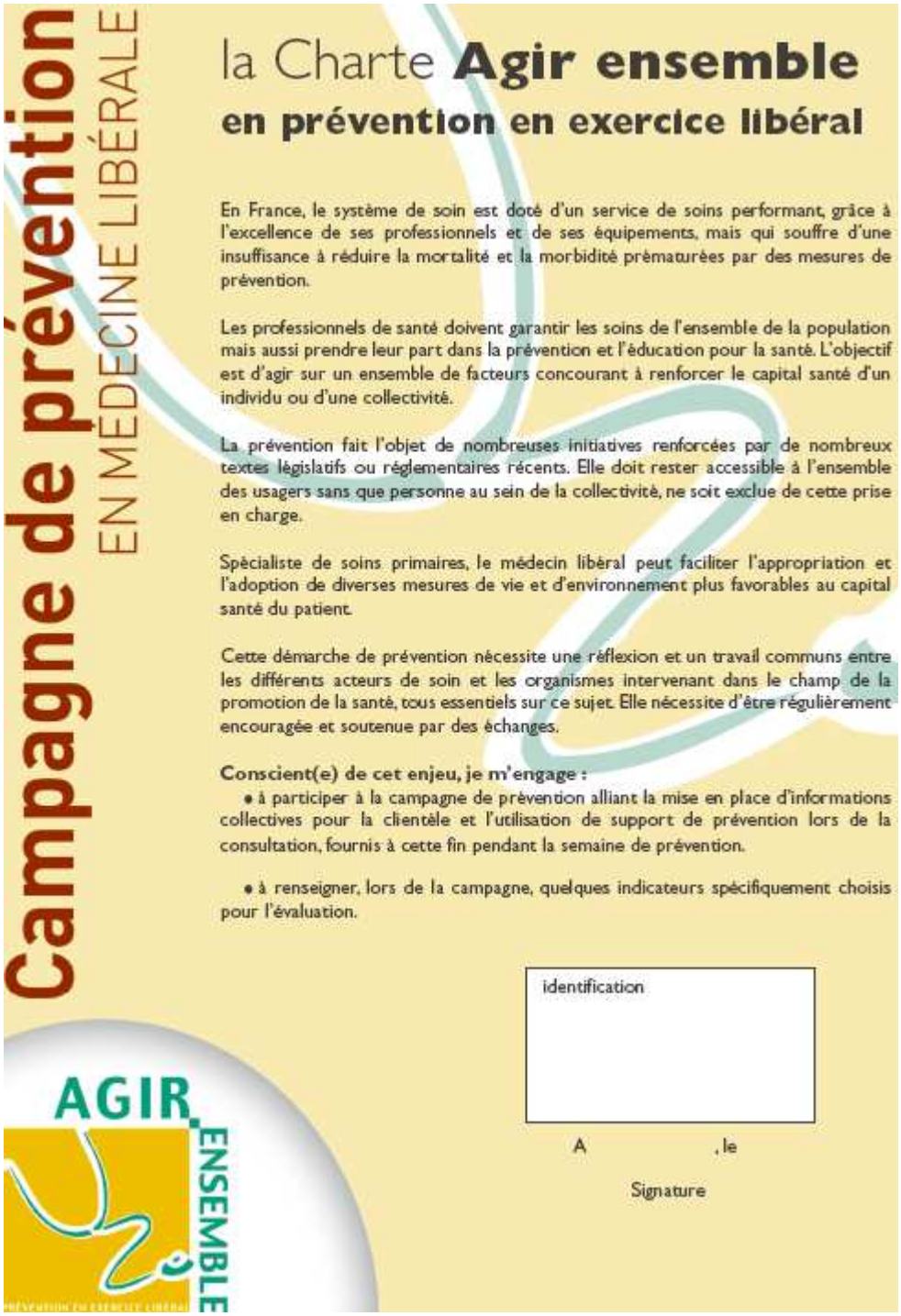
☎ : 02.40.99.22.34 - Fax : 02.40.99.22.24 - Mail : aps-info@wanadoo.fr

Vous serez destinataire …

d'une synthèse de l'évaluation de la campagne
qui nous permettra d'organiser les prochaines actions de prévention.

3 - Arfaoui S, Dewost AV, Demortiere G, Abesdris J, Abramovici F, Michaud P. Repérage du risque alcool : savoir faire "FACE". Rev Prat Gen. 2004 ; 18 (641) : 201-5.

8 Annexe 8 : Charte



Campagne de prévention
EN MÉDECINE LIBÉRALE

la Charte **Agir ensemble**
en prévention en exercice libéral

En France, le système de soin est doté d'un service de soins performant, grâce à l'excellence de ses professionnels et de ses équipements, mais qui souffre d'une insuffisance à réduire la mortalité et la morbidité prématurées par des mesures de prévention.

Les professionnels de santé doivent garantir les soins de l'ensemble de la population mais aussi prendre leur part dans la prévention et l'éducation pour la santé. L'objectif est d'agir sur un ensemble de facteurs concourant à renforcer le capital santé d'un individu ou d'une collectivité.

La prévention fait l'objet de nombreuses initiatives renforcées par de nombreux textes législatifs ou réglementaires récents. Elle doit rester accessible à l'ensemble des usagers sans que personne au sein de la collectivité, ne soit exclue de cette prise en charge.

Spécialiste de soins primaires, le médecin libéral peut faciliter l'appropriation et l'adoption de diverses mesures de vie et d'environnement plus favorables au capital santé du patient.

Cette démarche de prévention nécessite une réflexion et un travail communs entre les différents acteurs de soin et les organismes intervenant dans le champ de la promotion de la santé, tous essentiels sur ce sujet. Elle nécessite d'être régulièrement encouragée et soutenue par des échanges.

Conscient(e) de cet enjeu, je m'engage :

- à participer à la campagne de prévention alliant la mise en place d'informations collectives pour la clientèle et l'utilisation de support de prévention lors de la consultation, fournis à cette fin pendant la semaine de prévention.

- à renseigner, lors de la campagne, quelques indicateurs spécifiquement choisis pour l'évaluation.

identification

A , le

Signature

AGIR ENSEMBLE

9 Annexe 9 : Carnet à spirale

Questionnaire FACE : voir annexe 4

Attitudes du soignant face aux résultats du test FACE

(Cochez la case correspondant au risque pour votre patient, et les cases correspondant à votre prise en charge)

❒ Risque faible ou nul
Homme<5
Femme<4

❒ Consommation excessive probable
Homme 5 à 8
Femme : 4à8

❒ Dépendance probable
Homme >8
Femme >8

1❒ Restituer les résultats du test de repérage au patient

Valoriser les comportements protecteurs

Effectuer un Entretien motivationnel :

2❒ Expliquer le risque alcool

3❒ Expliquer le verre standard (équivalences)

4❒ Discuter de l'intérêt personnel de la réduction

5❒ Expliquer les méthodes utilisables pour réduire la consommation

6❒ Proposer des objectifs, laisser le choix

7❒ Donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation

8❒ Remettre une brochure

❒ **Orienter vers un Centre d'alcoologie**

Fiche conseil :

16 fmc

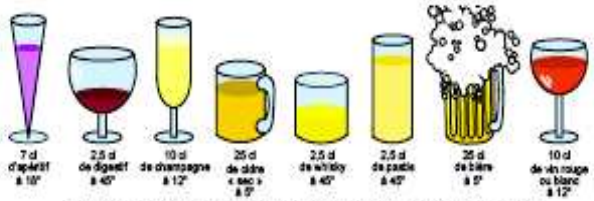
Buveurs à risque : l'intervention brève

« Intervention brève » : ce protocole est proposé aux médecins par l'OMS pour intervenir efficacement auprès des buveurs à risque, ceux qui ne sont pas encore alcoolo-dépendants.

PREMIERE ETAPE

Repérer sa consommation

Un verre standard = 10 grammes d'alcool pur



Trois cannettes de 33 cl de bière ordinaire font quatre verres standard
Une cannette de 50 cl de bière forte (8,6° ou 10°) fait quatre verres standard

DEUXIEME ETAPE

Ou se situe le patient ?

Risque	Hommes	Femmes	Effets physiques et psychologiques habituels
Risque faible	Jusqu'à 4 verres* par jour	Jusqu'à 2 verres* par jour	• Détente plus facile • Diminution du risque coronarien
Risque modéré à dangereux	Plus de 4 verres* par jour	Plus de 2 verres* par jour	• Moins d'énergie • Insomnie • Baisse de la coordination • Baisse de l'acuité intellectuelle • Hausse de la TA • Dépression, nervosité • Troubles sexuels • Blessures et accidents • Danger lors de la conduite de machine
Risque élevé à menaçant	Plus de 6 verres* par jour	Plus de 4 verres* par jour	• *Tous les effets précédents plus :* – troubles cérébraux – pertes de mémoire – dépendance physique – maladie alcoolique du foie.

* Cinq jours par semaine.

TROISIEME ETAPE

Quels bénéfices aurez-vous à réduire votre consommation d'alcool ?

• Physiques :
– perdre du poids
– avoir meilleure mémoire
– être en meilleure forme
– avoir moins d'HTA
– mieux dormir
– réduire le risque de lésions hépatiques ou cérébrales
– ne plus avoir la « gueule de bois »
– diminuer le risque de se blesser ou de blesser quelqu'un
– diminuer le risque de développer un cancer
– avoir plus d'énergie.

• Psychologiques, sociaux, financiers :
– être de meilleure humeur
– économiser de l'argent
– mieux conduire sa voiture
– être mieux en famille.

QUATRIEME ETAPE

Se fixer son objectif

Qui ?	Combien ?	Fréquence
Hommes	Pas plus de quatre verres	Cinq fois par semaine
Femmes	Pas plus de deux verres	Cinq fois par semaine
Femmes enceintes	Pas plus de un verre	Une fois par semaine
Hommes ou femmes porteurs d'une maladie	Aucun verre de préférence	
Hommes ou femmes avec avec dépendance physique	Aucun verre	

CINQUIEME ETAPE

Comment diminuer votre consommation d'alcool et atteindre votre but ?

- Prenez votre premier verre seulement après le début du repas.
- Etanchez votre soif avec des boissons non alcoolisées avant de commencer l'alcool.
- Prenez une boisson non alcoolisée avant chaque verre d'alcool.
- Prenez plutôt des bières faiblement alcoolisées.
- Buvez à petites gorgées.
- Planifiez des tâches aux heures où vous consommez habituellement de l'alcool.
- Faites une activité physique au lieu de prendre un verre si vous êtes stressé(e) ou agacé(e).
- Cherchez de nouveaux centres d'intérêt : la pêche, le cinéma, une association de sport…
- Evitez le bistrot après le travail.
- Evitez de passer trop de temps, si possible, avec ceux de vos amis qui boivent beaucoup.
- Si l'on veut vous forcer à boire, vous pouvez toujours dire que vous avez des raisons médicales pour « lever le pied ».

SIXIEME ETAPE

Est-ce que vous tenez fermement le cap ?

Questions à se poser	Trucs pour maintenir le cap
Est-ce que je reste sur mes objectifs ?	Tous les trois mois, marquez ce que vous avez consommé sur une semaine.
Quels sont les moments les plus difficiles ?	Repérez ces moments et trouvez le moyen de les éviter ou de planifier des activités pour « faire avec ». Demandez à un proche de vous soutenir.
Est-ce que ma motivation faiblit ?	Passez en revue toutes les raisons qui vous amènent à diminuer votre consommation d'alcool.
Est-ce que j'ai besoin de plus d'aide ?	Ne vous gênez pas pour revenir en demander.

Fiche d'évaluation de la campagne

à remplir par le médecin en fin de semaine

	Oui	Non
1. Affiches de la campagne visibles dans la salle d'attente		
2. Brochures « alcool, pour faire le point ouvrons le dialogue » accessibles dans la salle d'attente		
3. Brochure « alcool, pour faire le point ouvrons le dialogue » donnée systématiquement par la secrétaire dans la salle d'attente		
4. Test FACE proposé systématiquement en consultation aux patients >25ans		
5. Test FACE (recto du carnet) complété systématiquement		
6. Attitudes du soignant (verso du carnet) complétées systématiquement		
7. Brochure « alcool, pour faire le point ouvrons le dialogue » proposée systématiquement au patient		
8. Questionnaire de satisfaction du médecin complété		

9. Nombre approximatif de consultations de patients durant la semaine de la campagne et si possible le nombre de consultations de patients qui ont entre 25 et 55 ans :……

10. Nombre de tests FACE réalisés durant la semaine : ….

11. Causes principales de non réalisation : …..

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DU MEDECIN POUR LA CAMPAGNE DE PREVENTION « DEPISTAGE DES CONSOMMATIONS EXCESSIVES D'ALCOOL

Merci de bien vouloir remplir le questionnaire

☞ **Votre avis sur cette semaine de campagne….**

Je suis : pas du tout d'accord, pas d'accord, d'accord, tout à fait d'accord :

- Les objectifs de la campagne sont intéressants
- La préparation de la campagne a répondu à mes attentes
- Tout s'est bien passé sur le plan matériel
- La pédagogie utilisée et/ou l'outil sont adaptés aux objectifs de la campagne
- Les explications données sont claires et compréhensibles pour les patients
- Cette campagne me paraît utile pour mon exercice quotidien
- Cette campagne devrait avoir des résultats intéressants auprès des patients concernés
- Les patients ont beaucoup apprécié cette campagne

☞ **S'il fallait améliorer la campagne, on devrait retravailler autrement…**

❒ le thème Comment ?

❒ les outils « salle d'attente » Comment ?

❒ les outils « consultations» Comment ?

Quels sont le ou les 3 points qui vous paraissent les plus positifs ?

Quels sont le ou les 3 points qui vous paraissent les plus négatifs ?

S'il fallait lui donner une note sur 20, ce serait : …..

☞ **Si j'avais su que c'était cela, et si c'était à refaire…**

Je ne participerai pas ❒

Bien sûr, que je participerai ❒

Je demande à réfléchir ❒

10 Annexe 10 : Courrier CREDEPS

Credeps-Nantes –
Hôpital Saint-Jacques – 85 rue Saint-Jacques
44093 Nantes Cedex 1
Tél. 02 40 31 16 90
Email : documentation@credeps.org
www.sante-pays-de-la-loire.com

Nantes, le 3 novembre 2005

Bonjour,

Dans le cadre d'une campagne de prévention nationale de la consommation excessive d'alcool, nous vous faisons parvenir un outil d'intervention créé par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, adapté à votre exercice en médecine libérale.

Cet outil est conçu pour faire baisser la mortalité prématurée et la morbidité importante en lien avec cette consommation excessive d'alcool.

Il a pour objectif de faciliter le dialogue entre médecin et patient et permet d'aider le patient à faire le bilan de sa consommation d'alcool et à la réduire s'il le souhaite. Il comprend un « Guide pratique » pour le médecin, une affichette à apposer en salle d'attente et deux livrets destinés aux patients : « Pour faire le point » et « Pour réduire sa consommation ».

Nous vous offrons la possibilité de découvrir cet outil de prévention, afin que vous puissiez l'utiliser avec vos patients.

Nous nous permettons de vous recontacter dans un mois pour recueillir votre avis sur la pertinence de cet outil.

Avec nos remerciements pour votre contribution à la prévention des addictions en médecine générale, recevez nos cordiales salutations.

Le CREDEPS.

11 Annexe 11 : Questionnaire téléphonique soumis au groupe « témoin »

Bonjour, je m'appelle Frédérique GUILLARD, je suis médecin remplaçante, et je réalise ma thèse de médecine sur une campagne de prévention sur le thème de l'alcool.

Auriez vous le temps de répondre à quelques questions, ça ne prend normalement que 5 minutes ? Préférez vous que je vous rappelle ?

Merci. Vous avez du recevoir il y a un mois un document du comité d'éducation pour la santé de Nantes avec des brochures (« alcool, pour faire le point ; alcool, pour réduire sa consommation ») pour les patients, un guide pratique pour le médecin et une affichette.

1. **Vous souvenez vous avoir reçu ces documents ?**

❒ Non : Passer **à « pour finir »**

❒ Oui :

2. **Avez-vous lu les documents ?**

❒ Non : **causes principales de non lecture ? ……...**
……
……

❒ Oui :

3. **Avez-vous utilisé les tests proposés dans la brochure « alcool, pour faire le point » (p11 Finalement vous en êtes où avec l'alcool ?) ?**

❒ non : **causes principales de non réalisation ?**.....
.....
.....

❒ Oui :

4. **Combien de fois, avez-vous réalisé ces tests sur le dernier mois ?**

nb (si plus de 10 poser la question 13)

5. **Avez-vous donné les brochures à vos patients, intitulées « alcool, pour faire le point, alcool, pour réduire sa consommation » ?**

❒ Non : **causes principales de non réalisation ?**.....
.....

❒ Oui :

6. **Combien de brochures avez-vous donné sur le dernier mois ?**

nb

- En salle d'attente ou en consultation ?

7. Avez-vous des remarques à me faire sur ce kit de prévention, ou des choses à rajouter ?

……
……

8. Seriez-vous intéressé pour participer à 2 ou 4 campagnes de prévention de ce type, mais soutenus par des collègues au sein d'une association de prévention en médecine libérale ?

❒ Non : **causes principales ?**
……
…….

❒ Oui : Dans ce cas, je peux vous envoyer le document de présentation de l'association « Agir ensemble en prévention en exercice

Pour finir, 4 questions très courtes sur votre exercice

9. Combien de consultations pratiquez-vous, en moyenne, par semaine (ou par jour si plus évident) ? ☐

10. Combien de jours par semaines ? ☐

11. Quelle est la proportion des 25 à 55 ans dans votre clientèle ? ☐

12. Vous exercez depuis

- ≤ 15 ans ❒
- de 15 à 30 ans ❒
- > 30 ans ❒

Je vous remercie beaucoup pour avoir pris le temps de répondre à mes questions. Je vous souhaite une bonne journée.

13 Si plus de 10 tests : Est-ce que vous accepteriez de me recevoir, à votre convenance sur 30mns pour préciser les résultats des tests que vous avez effectués ?

❒ Non : **causes principales ?**
.....
.....

❒ Oui : date de RDV avec le médecin :

Remplir avant l'entretien

15. Sexe : ❒ homme ❒ femme

16. Exercice : ❒ rural ❒ urbain

BIBLIOGRAPHIE

1) World Drink Trends 2004. WARC Published in association with Commissie Gedistilleerd.
2) Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). Drogues et dépendances, données essentielles. La découverte. Paris, 2005 : 210 pp.
3) Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités, Direction générale de la santé, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Indicateurs de suivi de l'atteinte des 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, 2005 : 554 pp.
4) Hill C. Alcool et risque de cancer. Actualité et dossier en santé publique, 2000 ; 30 : 14-7.
5) Michel E, Jougla E. La mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique en France en 1998. Etudes et résultats, Drees 2002 ; 153 : 1-8.
6) Expertise collective. Alcool. Effets sur la santé. Paris : Inserm, 2001 : 358 pp.
7) Observatoire national interministériel de sécurité routière. Les grandes données de l'accidentologie. Caractéristiques et causes des accidents de la route. Mai 2004.
8) ANPAA. Synthèse documentaire : chiffres et statistiques. 2001.
9) Reynaud M, Parquet PJ. Les personnes en difficulté avec l'alcool. Paris : CFES, 1999 : 294 pp.
10) Synthèse. In Expertise collective. Alcool- Dommages sociaux, abus et dépendances. Paris : Inserm, 2003 : 381-440.
11) Kopp P, Fenoglio P. Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France. Etude n°22, OFDT, 2000.
12) Facy F, Rabaud M. Effets sociaux de l'alcoolisation excessive. Alcoologie et Addictologie 2003 ; 25 (4S) : 25S-29S.
13) Société Française d'Alcoologie. Recommandations pour la pratique. Les conduites d'alcoolisation. Lecture critique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique ? Pour quel patient ? Sur quels critères ? Alcoologie et Addictologie 2001 ; 23 (4S) : 1S-76S.
14) Les hommes et l'alcool. Etude qualitative exploratoire. INPES : Sorgem, 2002 : 115 pp.
15) Contribution de l'association des brasseurs de France et du ministère de l'agriculture
16) Direction générale des douanes et des droits indirects. Mai 2005
17) Besson D. Boissons alcoolisées : 40 ans de baisse de la consommation. INSEE Première. N°966. Mai 2004
18) Cour des comptes. Rapport sur la politique sanitaire de lutte contre l'alcoolisme. Rapport public 2003 : 415-452.
19) Ministère de la santé et des solidarités, Inspection générale des affaires sociales. Rapport ministériel sur la perspective d'organisation d'Etats généraux de la lutte contre l'alcoolisme. Mai 2005.

20) Thun MJ, Peto R, Lopez AD, Monaco JH, Henley SJ, Heath CW Jr, Doll R. Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly U.S. adults. N Engl J Med 1997; 337 (24): 1075-1714.

21) CFES. Alcool. La santé en chiffres.

22) Michaud P, Gache P, Batel P, Arwidson P. Intervention brève auprès des buveurs excessifs en médecine générale. Rev Prat Med Gen 2003 ; 17(604) : 281-289.

23) Burke KC, Burke JD Jr, Regier DA, Rae DS. Age at onset of selected mental disorders in five community populations. Arch Gen Psychiatry 1990 ; 47(6) : 511-8.

24) Schwan R, Reynaud M, Rigaud A. Validité scientifique et clinique des concepts d'usage à risque et d'usage nocif d'alcool. Alcoologie et Addictologie 2003 ; 25(4S) : 13S-21S

25) Données du baromètre santé 2000. In Expertise Collective. Alcool- Dommages sociaux, abus et dépendance. Paris : Inserm, 2003 : 485-503.

26) Baromètre santé nutrition 2002. Saint-Denis : INPES. Guilbert P., Perrin-Escalon H. : 259 p.

27) Huas D, Allemand H, Loiseau D, Pessione F, Rueff B. Prévalence du risque et des maladies liées à l'alcool dans la clientèle adulte du généraliste. Rev Prat Med Gen 1993 ; 7 (203) : 39-44.

28) Mouquet MC, Villet H. Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné. Etudes et résultats, Drees 2002 ; 192 : 1 -11.

29) Canouï-Poitrine F, Mouquet MC. Le risque d'alcoolisation excessive : des écarts entre les déclarations des patients et l'avis des médecins. Etudes et Résultats, Drees 2005 ; 405 : 1-11.

30) Michaud P., Fouilland P., Gremy I., Klein P. Alcool, tabac, drogue : le public fait confiance aux médecins. Rev Prat Med Gen 2003 ; 17(611) : 605-8.

31) Haggerty JL. Détection précoce de la consommation excessive d'alcool et counselling des buveurs à risque. In : Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. Guide canadien de médecine clinique préventive. Ottawa: Canada communication group publishing, 1994 : chap. 42.

32) National Institute for Alcohol Abuse and Alcolism. The physician's guide to helping patients with alcohol problems. Rockville : NIH publication, 1995 ; 95 : 3769.

33) Demeaux JL. Mésusage de l'alcool en médecine générale. Repérage systématique, repérage ciblé, diagnostic précoce. Alcoologie et Addictologie 2003 ; 25(4S) : 35S-36S.

34) SFA. Les mésusages d'alcool. En dehors de la dépendance. Usage à risque- Usage nocif. Alcoologie et Addictologie 2003 ; 25(4S) : 75S-87S.

35) Arfaoui S, Dewost AV, Demortiere G, Abesdris J, Abramovici F, Michaud P. Repérage du risque alcool : savoir faire « FACE ». Rev Prat Med Gen 2004 ; 18(641) : 201-205.

36) Dewost AV, Dor B, Orban T, Rieder A, Gache P, Michaud P. Choisir un questionnaire pour évaluer le risque alcool de ses patients. Acceptabilité des questionnaires FACE, AUDIT, AUDIT intégré dans un questionnaire de santé en médecine générale (France, Belgique, Suisse). Etude REPEX. Rev Prat Med Gen 2006 ; 20 :321-6

37) Bien TH, Miller WR, Tnogan JS : Brief interventions for alcohol problems : a review. Addiction, 1993, 88: 315-336.

38) Miller WR, Wilbourne PL. Mesa Grande : a methodoligical analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. Addiction 2002 ; 97(3) : 265-277.

39) Bertholet N,Schwan R, Duhamel O, Perney P, Daeppen JB. Efficacité de l'intervention brève. Alcoologie et Addictologie 2003 ; 25(4S) : 59S-63S

40) Huas D, Pessione F, Bouix JC, Demeaux JL, Allemand H, Rueff B. Efficacité à un an d'une intervention brève auprès des consommateurs d'alcool à problèmes. Rev Prat Med Gen 2002 ; 16(586) : 1343-8.

41) 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.

42) Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL. Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings. Med Care 2000 ; 38(1) :7-18

43) Beich A, Gannik D, Malterud K. Screening and brief intervention for excessive alcohol use : qualitative interview study of the experiences of general practioners. BMJ 2002 ; 325 (7369) : 870.

44) Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, Rubin HR. Why don't physicians follow clinical practice guidelines: a framework for improvement. JAMA 1999 ; 282 (15) : 1458-1465.

45) Bouix JC, Gache P, Rueff B, Huas D. Parler d'alcool reste un sujet tabou. Connaissances, opinions, attitudes et pratiques des médecins généralistes français concernant l'alcool. Rev Prat Med Gen 2002 ; 16(588) : 1488-92.

46) Samuel R, Michaud P. Attitudes et opinions du médecin généraliste à l'égard du risque alcool : une approche qualitative. Pratiques Médicales et Thérapeutiques 2002 ; 21 : 23-6

47) Kaner EF, Wutzke S, Saunders JB, Powell A, Morawski J, Bouix JC ; WHO Brief intervention study group. Impact of alcohol education and training on general practitioners' diagnostic and management skills : findings from a World Health Organisation collaborative study. J Stud Alcohol 2001; 62(5): 621-7.

48) Pouchain D, Huas D, Druais PL, Wolf B. Implication des médecins généralistes dans la prévention. Rev Prat Med Gen 1998 ; 12 : 31-37.

49) Place du médecin généraliste dans la prévention. In Expertise collective. Alcool-Dommages sociaux, abus et dépendance. Paris : Inserm, 2003 : 301-316.

50) Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003. Saint-Denis : INPES. Gautier A. : 276 p

51) 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 généralistes. OFDT, 2005 : 220 p.

52) Daeppen JB. Interventions brèves. Applications pratiques et stratégies de diffusion. Alcoologie et Addictologie 2003 ; 25(4S) : 64-68S.

53) Kandel O. 3 chiffres, 1 schéma et quelques idées pour optimiser le dépistage et la prise en charge des mésusages de l'alcool. Rev Prat Med Gen 2002 ; 16(587) : 1408-10.

54) Arfaoui S. Construction d'un questionnaire court de repérage des consommations problématiques d'alcool en médecine générale : le questionnaire « FACE ». Thèse méd. Paris, Necker, 2002.

55) Kaner EF, Heather N, Brodie J, Lock CA, Mcavoy BR. Patient and practitioner characteristics predict brief alcohol intervention in primary care. Br J Gen Pract 2001 ; 51(471) : 822-7.

56) Chambonnet JY, Airiau G, Peron V, Senand R. Boire moins : les généralistes peuvent-ils intervenir de manière précoce ? Rev Prat Med Gen 2000 ; 14(500) : 1000-6.

57) Hansen LJ, de Fine Olivarius N, Beich A, Barfod S. Encouraging GPs to undertake screening and a brief intervention in order to reduce problem drinking: a randomized controlled trial. Fam Pract 1999; 16(6): 551-7.

58) Gomel MK, Wutzke SE, Hardcastle DM, Lapsley H, Reznik RB. Cost-effectiveness of strategies to market and train primary health care physicians in brief intervention techniques for hazardous alcohol use. Soc Sci Med 1998 ; 47(2) : 203-211.

59) Wutzke S, Shiell A, Gomel MK, Conigrave KM. Cost effectivenes of brief intervention for reducing alcohol consumption. Soc Sci Med 2001; 52 (6) : 863-70.

60) Nalpas B, Lemaitre R, Dalbies PA, Monod P, Martin S, Balmes JL. Attitudes and opinions of private practitioners towards alcoholism. A survey in the Languedoc-Roussillon. Presse Med 2003 ; 32 (9) :391-399.

61) ISNAR. Prévention et éducation pour la santé. Rev Prat Med Gen 2003 ; 17 (626) : 1262-3.

NOM : GUILLARD PRENOM : Frédérique

TITRE :

INCITATION A L'APPLICATION PRATIQUE PAR LES MEDECINS GENERALISTES DU REPERAGE ET DE L'INTERVENTION BREVE AUPRES DES CONSOMMATEURS EXCESSIFS D'ALCOOL :

Evaluation de 2 méthodes :

- soutien organisé par une association de promotion de la prévention en médecine libérale
- distribution simple par courrier des informations et des outils nécessaires.

RESUME :

Objectifs de l'étude : Comparer l'application pratique par deux groupes de médecins généralistes du repérage et de l'intervention brève auprès de consommateurs excessifs d'alcool. L'un participant à une campagne structurée de prévention organisée par une association locale « Agir en Promotion de la Santé » et l'autre informé par courrier simple. **Méthode** : Recueil du nombre de tests de dépistage réalisés dans chaque groupe. **Résultats** : Les 42 médecins du groupe encadré par l'association « APS » ont réalisé en moyenne 25 tests alors que les 95 autres n'en ont pratiqué que 5 en moyenne. Parmi ces derniers, près de 60% déclarent ne pas avoir reçu ou lu les documents qui leur avaient été adressés. **Discussion** : Afin de promouvoir au mieux les différentes stratégies de diffusion de ces techniques visant à réduire la consommation d'alcool des buveurs « à risque » ou « à problèmes », il faut privilégier les démarches de proximité, valorisantes, incitatives auprès des médecins généralistes. **Conclusion** : L'initiative de l'association « Agir en Promotion de la Santé » est encourageante pour aider à changer et améliorer les pratiques de prévention au sein des cabinets de médecine libérale.

MOTS-CLES :

- alcool
- consommateurs excessifs
- repérage
- intervention brève
- prévention
- médecine générale