

# 13

## Place du médecin généraliste dans la prévention

La place du médecin généraliste est centrale, incontournable, et difficile. Les médecins généralistes sont en contact annuellement avec 75 % de la population française (Reynaud et Parquet, 1999). Ils occupent donc une place privilégiée pour le repérage des patients ayant un problème avec l'alcool.

Cette place est également incontournable car beaucoup d'études ont démontré l'efficacité de ce repérage précoce. Celui-ci permet en effet de proposer systématiquement un conseil simple et codifié de réduction du risque alcool dans une optique de prévention secondaire.

Enfin, elle est difficile car une consultation de médecin généraliste associe plusieurs motifs de consultation (Aguzzoli et coll., 1994). La place de la prévention et du dépistage en médecine générale est peu reconnue par les pouvoirs publics. La perception de la prise en charge thérapeutique des conduites d'alcoolisation rapportée par les médecins généralistes est celle d'un traitement long, aux résultats toujours acquis laborieusement, souvent partiels et rarement définitifs.

Les recherches dans ce domaine se sont beaucoup développées au cours des dix dernières années et sont synthétisées dans deux revues récentes (Fiellin et coll., 2000 ; Babor et Higgins-Biddle, 2000). Les interventions brèves (en moyenne cinq minutes), initialement utilisées chez les individus à risque de développer des dommages liés à la consommation excessive, ont été validées chez les individus repérés le plus souvent en médecine générale (Huas et Pessione, 1999 ; Tomson et coll., 1998).

### Caractéristiques générales des interventions brèves

Le concept de risque alcool et la stratification de celui-ci en terme de populations est illustré par la pyramide de Skinner (Skinner et coll., 1981). Quatre niveaux sont identifiables parmi les consommateurs d'alcool.

- Les usagers à « faible risque » sont ceux dont la consommation, qu'elle soit occasionnelle ou quotidienne, n'atteint pas le seuil de risque ni ne provoque de conséquences morbides ou relationnelles.

- Les usagers à risque sont des sujets dont la consommation est supérieure ou égale à un seuil au-delà duquel le risque de développer un dommage est significativement augmenté.
- Les usagers nocifs sont définis par l'existence d'au moins un dommage patent d'ordre médical, psychique ou social induit par l'alcool et aussi par l'absence de dépendance psychique ou physique à l'alcool.
- Les usagers nocifs avec dépendance ou alcoolodépendance, définis par leur conduite d'alcoolisation, sont caractérisés par une perte de la maîtrise de leur consommation.

Théoriquement, les interventions brèves s'inscrivent dans une philosophie générale de la réduction du risque ; elles s'adressent donc à toutes les catégories définies précédemment. Si des travaux ont évalué leur indication chez les malades les plus sévères (alcoolodépendants) (Mattick et Jarvis, 1994), les interventions brèves ont été néanmoins principalement validées chez les usagers à risque et les usagers nocifs sans alcoolodépendance. La définition de la cible pose le problème crucial de celui du repérage qui est intimement lié à celui de l'intervention brève (OMS, 1980).

Le principe très général d'une intervention brève est d'apporter, à un sujet en danger, un conseil opérant dont l'effet à long terme devrait lui permettre d'induire un changement durable de son comportement vis-à-vis de l'alcool. La brièveté de l'intervention est imposée par une triple préoccupation : clarté du message, acceptabilité du contenu pour l'émetteur (le soignant) et pour le receveur (le soigné), applicabilité pratique d'une démarche « systématique » dans les conditions d'exercice habituelles de la médecine ou des soins primaires.

### **Description**

La littérature présente une grande variabilité sur le contenu des « interventions brèves », cette brièveté étant définie de façon relative (par rapport aux schémas du traitement de la dépendance alcoolique, par nature complexe et prolongé). On parle aussi bien, dans ce cadre, d'interventions « ultra-brèves » et d'interventions « minimales », que de sessions de trois ou quatre séances d'une demi-heure. Le tronc commun de ces modalités d'intervention est une approche cognitivo-comportementale qui fait du patient le principal acteur de son changement, bien que la conduite de la discussion aboutissant au repérage soit à l'initiative du soignant.

Le contenu d'une intervention brève, par nature variable d'une étude ou d'une pratique à l'autre, présente cependant de nombreux points permanents pour assurer son acceptabilité par les soignants comme par les patients. Une intervention brève comporte habituellement :

- une évaluation de la relation du sujet à l'alcool ; l'AUDIT (*Alcohol use disorders test*) permet cette évaluation en soins de premier recours de façon simple et reproductible ;

- une information sur les effets aigus et chroniques de la consommation d'alcool sur la santé ;
- des recommandations autour des seuils de prudence ;
- des suggestions de diverses tactiques tendant à réduire la consommation d'alcool ;
- une revalorisation du rôle du patient dans l'entreprise de réduction.

Un modèle d'attitude favorise un rapport thérapeutique efficace dans le cadre général des interventions brèves. Il s'agit d'une technique d'entretien dénommée par l'acronyme « Frames » (*Feedback, responsibility advice, menu, empathy, self-efficacy*, Tableau 13.1) par leurs auteurs (Bien et coll., 1993). Il s'agit plus d'un procédé mnémotechnique que d'une vraie méthode de travail visant à guider l'entretien. Des outils d'intervention existent en français, grâce à une collaboration entre le Comité français d'éducation pour la santé (CFES), l'Association nationale de prévention de l'alcoolisme (Anpa) et la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM).

**Tableau 13.1 : Entretien « Frames »**

<i>Feedback</i>	Restitution au patient de l'information relative à la fréquence et à la quantité de sa consommation d'alcool
<i>Responsability</i>	La responsabilité du changement de comportement appartient exclusivement au patient, et notamment pas au thérapeute
<i>Advice</i>	Un conseil de modération est clairement donné au patient
<i>Menu</i>	Un choix ou menu offrant différentes options relatives à la quantité, au délai et au rythme de la consommation d'alcool est donné au patient
<i>Empathy</i>	Le thérapeute fait preuve d'empathie, il évite la condescendance, les jugements de valeur et valorise les efforts et les acquis du patient
<i>Self-efficacy</i>	Le patient est le chef d'orchestre de son traitement, dont le succès lui revient entièrement

## Évaluation

Les interventions brèves sont intimement liées à deux notions essentielles :

- le repérage des individus chez qui la consommation d'alcool entraîne des risques importants ou provoque des problèmes pour la santé ou le comportement ;
- la réduction de ce risque au moyen d'un conseil standardisé court et généralement applicable.

Pour réaliser ce double objectif dans un souci de rentabilité, des interventions diverses ont été développées depuis une vingtaine d'années. Ces interventions préviennent la survenue de dommages, notamment en soins primaires ou spécifiquement chez les individus à risque. Elles peuvent également être curatives sur des dommages déjà induits. Leur efficacité a été largement testée par des essais dont certains sont randomisés. Malgré une hétérogénéité des résultats liée à la variabilité des contenus (intensité, durée, objectifs), ces

interventions peuvent être considérées comme efficaces pour réduire durablement la consommation d'alcool, donc les dommages qui lui sont liés.

L'importance des travaux d'évaluation tient probablement aux pionniers de ces techniques qui ont d'emblée associé des travaux de validation à leurs développements (Babor et Grant, 1992). Si l'importance des populations à qui elles s'adressent est un atout majeur pour un travail d'évaluation, trois principaux obstacles méthodologiques ont été souvent rencontrés.

- Le critère de jugement principal (le pourcentage de réduction de la consommation) est d'appréciation parfois difficile.
- Le nombre important de perdus de vue – 10 % à 50 % selon les travaux (Higgins-Biddle et coll., 1997) – diminue la valeur de signification statistique.
- L'importance de « l'effet repérage » sur la réduction de la consommation augmente considérablement le bénéfice du groupe contrôle dans les essais randomisés (Poikolainen, 1999).

Toutefois, de nombreux travaux randomisés ont été effectués (Romelsjö et coll., 1989 ; Tomson et coll., 1998 ; Burge et coll., 1997 ; Wallace et coll., 1988) dans des populations diverses : femmes (Scott et Anderson, 1990), femmes enceintes (Chang et coll., 1999), patients recrutés par médias (Heather et coll., 1987), patients recrutés chez des médecins généralistes (Babor et Grant, 1992 ; Kristenson et coll., 1983 ; Aalto et coll., 2000 ; Richmond et coll., 1995) ou population générale (Anonyme, 1996 ; Nilssen, 1991), personnes âgées (Goldberg et coll., 1994). Deux méta-analyses récentes concluent globalement à leur efficacité pour réduire la consommation d'alcool à six mois chez les femmes, avec une homogénéité acceptable (Poikolainen, 1999 ; Wilk et coll., 1997). Les résultats chez l'homme sont d'interprétation plus difficile, principalement en raison de défauts d'uniformité des études analysées. De plus, des études de coût-bénéfice sont venues renforcer le concept en validant sa rentabilité (effet conséquent sur un grand nombre avec un investissement relativement faible) (Heather, 1996). Ces techniques validées sont dotées d'instruments disponibles (Gomel et coll., 1998 ; Wutzke et coll., 2001 ; Fleming et coll., 2000). Ces derniers auteurs ont fait une analyse coût-bénéfice d'un essai comparatif randomisé, avec suivi de 12 mois dans 17 centres de soins ambulatoires du Wisconsin, comprenant les cabinets de 64 médecins internistes ou généralistes (tableau 13.II). Les patients ont été répartis en deux groupes de façon aléatoire, soit dans un groupe témoin, soit dans un groupe où ils ont reçu un conseil médical minimal avec deux entretiens à un mois d'intervalle, suivis de rappels téléphoniques. Les principaux critères de jugement clinique ont été l'utilisation des ressources sanitaires et la modification de la consommation d'alcool et des événements liés à l'intempérance. Les coûts ont été considérés du point de vue du centre de soin et du patient (perte salariale). Les bénéfices ont concerné l'utilisation des ressources sanitaires, les actions en justice et les accidents de voiture.

304 Les résultats de cette analyse (Fleming et coll., 2000) ont démontré, d'une part, que la réduction de la consommation d'alcool chez les patients ayant

**Tableau 13.II : Rapport coût-bénéfice des interventions brèves (d'après Fleming et coll., 2000)**

Coût total par patient – intervention (dépistage initial, évaluation, sessions de formations personnels, téléphone)	165,65 \$
Coût pour les patients (déplacement, perte de temps de travail)	38,97 \$
Coût total de l'intervention	205 \$
Économie liée à la diminution de l'utilisation des ressources sanitaires	523 \$
Économie liée à la diminution des actions en justice et des accidents de la route	629 \$
Bénéfice total	1151 \$ par patient (p = 0,009)
Bénéfice net	947 \$ par patient
Rapport bénéfice – coût	56 263 \$ pour 10 000 \$ investis

bénéficié de l'intervention a été supérieure à celle notée chez les patients du groupe témoin, d'autre part, que le nombre de jours d'hospitalisation a été moins élevé. Enfin, le nombre des accidents de voiture et de délits a diminué sans que la différence soit toutefois significative statistiquement.

Cette étude apporte des preuves supplémentaires de l'efficacité d'une intervention précoce auprès des buveurs excessifs non dépendants pour modifier leur comportement. Ce travail est particulièrement intéressant en soins primaires, du fait du dépistage opportuniste et de la simplicité de l'intervention.

Une allocation de ressources en soins primaires permet de réaliser une économie globale majeure, notamment de soins secondaires. Mais les bénéfices ne se limitent pas au système de soin. Les accidents et les délits ont diminué également.

Une étude complémentaire au-delà du suivi des 12 mois serait utile pour vérifier que les bénéfices persistent et éventuellement démontrer l'intérêt d'une action de rappel.

### Études sur l'implication des médecins généralistes dans le dépistage et la prévention

Une fois abordée l'étude de l'intérêt du repérage précoce et de celui de l'intervention brève et son évaluation, il reste à éclaircir la problématique de la diffusion de la pratique de l'un et de l'autre. Plusieurs études qualitatives et quantitatives portant sur les représentations, les attentes, les freins et les méthodes de stimulation des soignants ont été réalisées (McIntosh et coll., 1997 ; Freeborn et coll., 2000). Les études suivantes ont été choisies car elles situent la problématique dans le système de soins primaires français libéral et permettront ainsi d'éclairer de façon adaptée les décisions éventuelles.

### Étude Eureka

Cette enquête européenne porte sur l'implication des médecins généralistes en matière de dépistage (cancers du sein, du col utérin) et de prévention des dépendances (alcool, tabac). C'est une enquête d'opinion ayant comme objectif d'évaluer l'approche des médecins de premier recours en matière de repérage, entre autres, du risque alcool. Cette étude a été réalisée par le réseau Eureka (*European network on strategies to engage general practitioners in cancer prevention*). Elle s'est déroulée dans cinq pays européens : Belgique, Espagne (Cordoba et coll., 1998), France, Italie et Portugal.

Six cents médecins généralistes, tirés au sort sur un échantillon représentatif (étaient exclus les médecins à exercices particuliers : homéopathes, acupuncteurs), devaient répondre à un questionnaire d'opinion. Après deux relances par courrier, 50,5 % de réponses ont été retournées. Les tableaux 13.III et 13.IV résument la prise en charge de ces médecins concernant l'annotation du risque alcool dans leurs dossiers médicaux, les documents et moyens utilisés (Pouchain et coll., 1998). Dans les dossiers médicaux de leurs patients âgés de plus de 16 ans, les médecins mentionnent moins les consommations de tabac et d'alcool que le poids et la pression artérielle (tableau 13.III).

**Tableau 13.III : Proportions de médecins qui donnent des informations sur la consommation de tabac et d'alcool de leurs patients (d'après Pouchain et coll., 1998, à partir de l'enquête Eureka)**

Informations	Proportion de médecins répondant « Tous, la majorité » (%)
Consommation d'alcool	41,4
Tabagisme	62,4
Poids	84,7
Pression artérielle	94,6

Parmi les médecins généralistes, 45 % mettent à la disposition de leurs patients des documents sur les problèmes liés à l'alcool (tableau 13.IV).

Lors de cette enquête, 49 % des médecins ont déclaré interroger systématiquement tous leurs patients sur leur consommation d'alcool (alors qu'ils sont 81 % à le faire pour la consommation de tabac) ; 98 % questionnent systématiquement les patients malades de l'alcool, 82 % les hypertendus, 82 % les diabétiques, 64 % les patients en conflit relationnel, 61 % les femmes enceintes et 42 % les victimes d'accidents domestiques.

L'argument principal auquel ont recours les médecins généralistes pour diminuer la consommation est la prise en compte de la motivation, suivie par les tests hépatiques (85 %) (tableau 13.V). Cependant, seulement 40 % d'entre eux sont convaincus de l'efficacité de leurs conseils.

**Tableau 13.IV : Documents mis à la disposition des patients dans les cabinets médicaux (d'après Pouchain et coll., 1998, à partir de l'enquête Eureka)**

Type de prévention	Présence de documents (%)
Prévention en général	60
Conseils diététiques	72
Sevrage tabagique	64
Dépistage du cancer du sein	46
Problèmes liés à l'alcool	45
Dépistage du cancer du col	30

**Tableau 13.V : Moyens et arguments utilisés par les médecins généralistes pour conseiller à un patient une modération de sa consommation d'alcool (d'après Pouchain et coll., 1998, à partir de l'enquête Eureka)**

Moyens et arguments	Proportion de médecins répondant toujours ou souvent (%)
Prise en compte de la motivation pour diminuer la consommation	89,2
Dosage des tests hépatiques et/ou hémogramme	85,0
Discussion sur les facteurs empêchant la diminution de la consommation	80,7
Prise en compte des tentatives antérieures pour diminuer la consommation	76,2
Cinq à dix minutes de conseils incitant à diminuer la consommation	75,4
Explication sur les conséquences de l'abus d'alcool	73,7
Prescription médicamenteuse	55,0
Échographie hépatique	46,9
Prise d'un rendez-vous de suivi	48,8
Onze à trente minutes de conseils incitant à réduire la consommation	32,5
Envoi vers une consultation spécialisée	30,4
Rassembler les patients pour une thérapie de groupe	25,0
Remise d'un document informatif	14,8
Test standard pour évaluer le degré de dépendance (DETA, MAST, AUDIT)	7,77
Envoi vers un groupe d'anciens buveurs	4,67

Les trois-quarts des médecins (76 %) adressent des patients aux médecins spécialistes, mais seulement 5 % adressent tous les patients dépistés « à risque alcool ».

Eureka étant une étude européenne réalisée à partir d'un questionnaire d'opinion et non pas une enquête de pratique, il est probable que les médecins généralistes ayant répondu sont les plus intéressés par les questions de prévention.

En France, l'enquête a montré que les médecins sont sensibles à la prévention primaire concernant l'alcool et ont intégré cette action dans leur pratique quotidienne. Ils sont cependant plus à l'aise dans le dépistage des cancers que dans le repérage des patients ayant un risque alcool, mais ils sont demandeurs d'informations et de formations.

Les limites de cette étude sont liées à sa méthode : il s'agit de déclarations. En répondant au questionnaire (anonymement s'ils le souhaitent), les médecins ont dit ce qu'ils pensaient et croyaient faire en pratique. Par ailleurs, cette étude met l'accent sur l'expression des besoins et sur les grandes tendances qui se dégagent des comparaisons entre les médecins. L'échantillonnage des médecins est représentatif et une définition du rôle préventif de la médecine générale apparaît. Enfin, les médecins généralistes sont beaucoup plus attachés à la reconnaissance officielle de leur rôle et de leurs tâches de prévention dans le système de soins (60 % souhaitent une reconnaissance officielle de ce rôle de prévention) qu'à une éventuelle rémunération spécifique qui, de leur point de vue, ne modifierait pas leurs comportements (71 % considèrent qu'une incitation financière ne changerait pas leur attitude). D'autres études ont cependant démontré l'inverse.

### **Étude Strand III**

Il est souvent difficile, pour un médecin, d'évoquer le problème de l'alcool avec ses patients. L'étude Strand III a tenté de mettre en évidence la meilleure technique de contact pour que les médecins puissent effectuer des interventions précoces auprès des patients ayant des problèmes d'alcool. Cette étude internationale est coordonnée par le département psychiatrique de l'université de Sidney. C'est une composante de l'étude Strand qui comporte deux autres volets : Strand I qui étudie les comportements et les pratiques des généralistes face aux patients ayant des problèmes d'alcool, leurs sentiments et leurs représentations mentales, et Strand II qui s'est intéressé au comportement des décideurs.

En France, l'Association de recherche sur les maladies alcooliques (Arma) et le Collège national des généralistes enseignants (CNGE) ont confié cette étude à l'Association pour le développement et la recherche en médecine générale de Nantes (ADERMG). Celle-ci a évalué l'impact des stratégies de démarchage des médecins généralistes pour l'acceptation et la mise en œuvre d'un programme d'intervention précoce chez les patients ayant des problèmes avec l'alcool (Chambonet et coll., 2000).

Sur un échantillon représentatif, 47 médecins généralistes ont été tirés au sort puis répartis en trois groupes de démarchage : courrier, téléphone, contact direct par un attaché de recherche clinique (tableau 13.VI). Le démarchage consiste à présenter l'étude au médecin et à lui fournir, en cas d'accord de participation, un présentoir contenant les questionnaires (relatifs à la

consommation d'alcool et aux signes de maladies liées à l'alcool) pour les patients.

**Tableau 13.VI : Nombre de médecins ayant répondu au premier contact sur un total de 47 (d'après Chambonet et coll., 2000)**

Moyens de contact	Contactés	Sans réponse	Refus	Acceptation
Courrier	20	12	3	5
Téléphone	14	1	3	10
Direct	13	1	1	11
Total	47	14	7	26

Cette étude a duré deux mois. Les patients (de plus de 16 ans) devaient répondre au questionnaire (AUDIT) (Gache et coll., 2000) dans la salle d'attente. Lors de la consultation, aux vues de ce questionnaire, les médecins ont établi un score avec le test de MAST (*Michigan alcoholism screening test*).

Le contact par téléphone et le contact direct s'avèrent plus efficaces que le courrier. Tout contact nécessitant une réponse orale constitue une amorce qui influence de manière positive un sujet quant aux demandes ultérieures de participation. Cependant, l'absence de reconnaissance financière nuit au développement des actions d'interventions précoces par les médecins généralistes. Enfin, il faut remarquer que deux médecins sur trois impliqués dans l'étude considèrent l'alcool comme un réel problème de santé publique.

Dans leur ensemble, les généralistes n'abordent ce sujet qu'avec beaucoup de réticence (Deehan et coll., 1998). La banalisation socioculturelle du « boire » constitue un obstacle à une démarche plus active et vraisemblablement plus importante que la difficulté de communication rapportée dans certaines études (Paille et coll., 1993).

En France, dans le système libéral des soins primaires, le patient est le « client » du praticien. L'approche du problème « alcool » peut créer un fonctionnement conflictuel du couple soigné-soignant. Par ailleurs, en symétrie au déni du patient, le praticien peut renvoyer son propre déni quant à sa propre consommation du produit.

Le médecin de famille ne s'engagera dans un acte problématique de prévention et d'intervention précoce que si celui-ci est rationalisé.

### Enquête de l'Observatoire de la médecine générale

Une enquête de l'Observatoire de la médecine générale de la Société française de médecine générale (SFMG), menée en 1994-1995, étudie les perceptions du « risque alcool » et des comorbidités liées à l'alcoolisation par les médecins généralistes. Cette enquête veut répondre à trois questions principales :

- quelles sont les caractéristiques (nombre, âge, sexe) des patients concernés par le risque alcool ?
- quel est le rang du résultat de consultation (RC) « alcoolisme », c'est-à-dire : parmi les résultats des consultations, combien de fois le terme alcoolisme est-il apparu, et à quel rang de fréquence cela le place-t-il dans la liste des résultats de consultations du dictionnaire de la SFMG ?
- quelles sont les comorbidités associées au résultat de consultation alcoolisme ?

Les données utilisées sont celles produites en continu et en temps réel par les médecins généralistes de l'Observatoire de médecine générale de la SFMG. Ce réseau informatisé utilise un même logiciel médical comportant, en particulier, comme fonctionnalité, l'usage en temps réel du dictionnaire des résultats de consultation en médecine générale réalisé et édité par la SFMG. Les médecins ont donc un langage commun, avec des critères, ce qui leur permet d'obtenir des groupes de malades et des données médicales homogènes, à la fois pour un même médecin et pour l'ensemble des médecins. Ce dictionnaire répertorie les deux cents états morbides ou résultats de consultation les plus fréquemment rencontrés en soins primaires (au moins une fois par an et par médecin) (SFMG, 1996). Les problèmes de santé ainsi définis représentent plus de 95 % de l'activité des médecins généralistes.

Le recueil de données a duré 11 mois et 71 médecins volontaires, répartis sur l'ensemble du territoire français, y ont participé.

Parmi ces médecins, 76 % ont utilisé le terme « alcoolisme » durant les 11 mois, 24 % ne l'ont jamais utilisé (scotome), avec une nette prédominance pour des hommes et particulièrement ceux de 40-59 ans.

Pour les classes d'âge 15-39 ans, le résultat « alcoolisme » est au 49<sup>e</sup> rang des résultats de consultation. Il est au 19<sup>e</sup> rang pour les 40-59 ans et au 83<sup>e</sup> rang pour les 60 ans et plus, soit un RC (résultat de consultation) = 56, toutes classes d'âge confondues (les 25 premiers rangs correspondent à 50 % de l'activité).

Les comorbidités associées au cours de la même séance avec résultat de consultation « alcoolisme », par ordre de fréquence, sont différentes selon les classes d'âge. Pour les 15-39 ans, les problèmes d'ordre psychologique et de troubles du comportement sont les premiers résultats de consultations. Pour les 40-59 ans, les problèmes psychologiques sont encore très présents mais leur rang de fréquence diminue, les perturbations des appareils vasculaires et endocriniens sont devenus prépondérants : hypertension artérielle, hyperlipidémie, tabagisme, diabète, insuffisance cardiaque et accident cérébral. Pour les 60 ans et plus, l'effet du vieillissement prime avec le retentissement cardiovasculaire, endocrinien et tabagique des pathologies précédentes, les problèmes psychologiques suivent (tableaux 13.VII, 13.VIII et 13.IX).

310 Il s'agit ici de résultats et non pas de motifs de consultation. Les données analysées répondent aux trois questions posées. La population des patients de

l'étude est superposable à celle du recensement de l'Insee de 1990. Le volontariat des médecins a amélioré la qualité et l'exhaustivité du recueil de données. Un quart des médecins généralistes du réseau OMG-SFMG n'a pas utilisé le RC « alcoolisme ». Ce scotome de perception et/ou d'utilisation est retrouvé dans d'autres études (Habar, 1994), alors que la prévalence de la maladie alcoolique établie en France en médecine générale est de 20 % (Huas, 1993). L'absence fréquente de description des comorbidités associées confirme la complexité de la clinique quotidienne des patients avec une alcoolisation nocive (Miche et coll., 1999).

Cette étude permet de décrire les pratiques effectives des médecins sur un problème de santé, sans avoir les modifications de pratiques induites par une enquête thématique ponctuelle. Ces résultats attestent la possibilité d'étudier, dans une perspective d'analyse de besoins ou d'évaluations, les différences éventuelles entre les pratiques observées et des besoins de santé identifiés.

**Tableau 13.VII : Rang de fréquences des résultats de consultation chez les consultants de 15 ans à 39 ans (sous-population avec résultat de consultation « alcoolisme ») (d'après l'enquête de l'OMG-SFMG, 1994-1995)**

Résultats des consultations identifiées	Rang	Nombre d'utilisations
Dépression	1	53
Réaction situation éprouvante	2	28
Hypertension artérielle	3	26
Angoisse	4	23
Toxicomanie	5	21
Trouble psychologique non caractérisé	6	21
Dénomination hors liste	7	20
Problèmes de couple	8	19
Insomnie	9	16
Humeur dépressive	10	16
Épilepsie	11	15
Tabagisme	12	15
Surveillance patient à risque	13	12
Problèmes professionnels	14	11
Fracture	15	9
Lombalgie	16	9
Hépatite	17	8
Nervosisme	18	8
Obésité	19	8
Asthénie – fatigue	20	7
Sous-total		345

**Tableau 13.VIII : Rang de fréquences des résultats de consultation chez les consultants de 40 ans à 59 ans (sous-population avec résultat de consultation « alcoolisme ») (d'après l'enquête de l'OMG-SFMG, 1994-1995)**

Résultats de consultations identifiées	Rang	Nombre d'utilisations
Hypertension artérielle	1	166
Dépression	2	93
Hyperlipidémie	3	76
Tabagisme	4	62
Dénomination hors liste	5	59
Humeur dépressive	6	58
Insomnie	7	49
Réaction à situation éprouvante	8	41
Diabète	9	39
Insuffisance coronaire	10	33
Angoisse	11	26
Lombalgie	12	23
Insuffisance cardiaque	13	22
Hépatite	14	22
Accident cérébral	15	20
Anémie ferriprive	16	19
Algie	17	17
Arthropathie	18	16
Bronchite aiguë	19	16
Névralgie – névrite	20	16
Sous-total		873

**En conclusion,** les médecins généralistes sont les mieux placés pour dépister les patients ayant des problèmes avec l'alcool. Ces trois études montrent qu'ils ont intégré la nécessité de la prévention et du dépistage dans leur pratique quotidienne, même s'ils sont encore trop nombreux à sous-estimer le risque alcool. Il a été démontré clairement que ce dépistage doit être suivi d'une intervention brève qui entraînera une réduction du risque, grâce à un conseil standardisé court. Ces interventions brèves sont efficaces et rentables. Une rationalisation et des outils adaptés (informatisation des dossiers médicaux, documents conseils pour les patients, test AUDIT) sont nécessaires pour obtenir des résultats probants. Ces techniques sont validées. Les médecins généralistes sont demandeurs de formation sur ce sujet mais aussi d'une reconnaissance officielle de leur rôle en matière de dépistage et de prévention, ainsi que d'une éventuelle rémunération spécifique.

**Tableau 13.IX : Rang de fréquences des résultats de consultation chez les consultants de 60 ans et plus (sous-population avec résultat de consultation « alcoolisme ») (d'après l'enquête de l'OMG-SFMG, 1994-1995)**

Résultats de consultations identifiées	Rang	Nombre d'utilisations
Hypertension artérielle	1	127
Dénomination hors liste	2	53
Diabète	3	39
Insuffisance coronaire	4	38
Bronchite chronique	5	32
Insomnie	6	29
Cedème des membres inférieurs	7	28
Cancer	8	27
Hépatite	9	27
Obésité	10	19
Hyperlipidémie	11	19
Nervosisme	12	18
Humeur dépressive	13	18
Arthropathie	14	17
Angoisse	15	16
Dépression	16	16
Sénilité	17	15
Mémoire (perte)	18	15
Arthrite des membres inférieurs	19	14
Réaction à situation éprouvante	20	11
Sous-total		581

**BIBLIOGRAPHIE**

AALTO M, SAKSANEN R, LAINE P, FORSSTROM R, RAIKAA M, KIVILUOTO M et coll. Brief intervention for femal heavy drinkers in routine general practice : a 3 – years randomized, controlled study. *Alcohol Clin Exp Res* 2000, **24** : 1680-1686

AGUZZOLI F, LE FÜR PH, SERMET C. Clientèle et motifs de recours en médecine libérale. *Credes* n° 1 008, Paris 1994

ANONYME. A cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. WHO Brief Intervention Study Group. *Am J Public Health* 1996, **86** : 948-955

BABOR TF, GRANT M. A randomizes clinical trial of brief interventions in primary health care. World health organization 1992 : 1-266

BABOR TF, HIGGINS-BIDDLE JC. Alcohol screening and brief intervention : dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction* 2000, **95** : 677-686

BIEN TH, MILLER RW, TONIGAN JC. Brief interventions for alcohol problems : a review. *Addiction* 1993, **88** : 315-336

BURGE SK, AMODEI N, ELKIN B, CATALA S, ANDREW SR, LANE PA, et coll. An evaluation of two primary care interventions for alcohol abuse among Mexican – American patients. *Addiction* 1997, **92** : 1705-1716

CHAMBONET JY, AIRIAU G, PERON V, SENAND R. Boire moins : les généralistes peuvent-ils intervenir de manière précoce ? *Rev Prat Med Gen* 2000, **14** : 1000-1006

CHANG G, WILKINS-HAUG L, BERMAN S, GOETZ MA. Brief intervention for alcohol use in pregnancy : a randomized trial. *Addiction* 1999, **94** : 1499-1508

CORDOBA R, DELGADO MT, PICO V, ALTISENT R, FORES D, MONREAL A et coll. Effectiveness of brief intervention on non-dependent alcohol drinkers (Ebial) : a Spanish multi-centre study. *Family Practice* 1998, **15** : 562-568

DEEHAN A, MARSHALL EJ, STRANG J. Tackling alcohol misuse : opportunities and obstacles in primary care. *Br J Gen Pract* 1998, **48** : 1779-1782

FIELIN DA, REID MC, O'CONNOR PG. New therapies for alcohol problems : application to primary care. *Am J Med* 2000, **108** : 227-237

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** : 7-18

FREEBORN DK, POLEN MR, HOLLIS JF, SENFT RA. Screening and brief intervention for hazardous drinking in an HMO : effects on medical care utilization. *J Behav Health Serv Res* 2000, **27** : 446-53

GACHE P, DAEPPEN J, MICHAUD P. Évaluation de la traduction française de l'Audit pour le repérage des consommateurs à risque et à problème en soins primaires – Rapport pour le groupe de travail francophone de l'OMS 2000

GOLDBERG RJ, BURCHFIEL CM, REED DM, WERGOWSKA G, CHIU D. A Prospective of the health effects of alcohol consumption in middle-aged and elderly men. The Honolulu heart program. *Circulation* 1994, **89** : 651-659

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** : 203-211

HABAR JM. Anxiété, dépression, surconsommation de médicaments et consommation de tabac ou de stupéfiants. *Rapport étude n° 93/E3*. FISP – RNSP 1994

HEATHER N, ROBERTSON I, MACPHERSON B, ALLSOP S, FULTON A. Effectiveness of a controlled drinking self-help manual : one – year follow-up results. *Br J Clin Psychol* 1987, **26** : 279-287

HEATHER N. The public health and brief interventions for exclusive alcohol consumption : the British experience. *Addict Behav* 1996, **21** : 857-868

HIGGINS – BIDDLE JC, BABOR TF, MULLAHY J, DANIELS J, MCREE B. Alcohol screening and brief intervention : where research meets practice. *Conn Med* 1997, **61** : 565-575

HUAS D, ALLEMAND H, LOISEAU D, PESSIONNE 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** : 39-44

314 HUAS D, PESSIONE F. Les consommateurs à problèmes. *Rev Prat* 1999, **49** : 379-382

- KRISTENSON H, OHLIN H, HULTÉN-NOSSLIN M, TRELL E, HOOD B. Identification and intervention of heavy drinking in middle-aged men : results and follow-up of 24 – 60 months of long-term study with randomized controls. *Alcohol Clin Exp Res* 1983, **7** : 203-209
- MATTICK R, JARVIS T. Brief or minimal intervention for 'alcoholics' ? The evidence suggests otherwise. *Drug Alcohol Rev* 1994, **13** : 144
- MCINTOSH MC, LEIGH G, BALDWIN NJ, MARMULAK J. Reducing alcohol consumption. Comparing three brief methods in family practice. *Can Fam Physician* 1997, **43** : 1959-1962, 1965-1967
- MICHE JN, MOREL F, GALLAIS JL. Perception du « risque alcool » et des comorbidités liées à l'alcoolisation. *Rev Prat Med Gen* 1999, **13** : 1402-1408
- NILSSEN O. The Tromso study : identification of and a controlled intervention on a population of early-stage risk drinkers. *Prev Med* 1991, **20** : 518-528
- OMS (Organisation mondiale de la santé). Problems related to alcohol consumption report of the expert comitee. World health organisation, Geneva 1980
- PAILLE F, BOUIX JC, DESEBRY P et coll. Le suivi du patient alcoolique en médecine générale. *Rev Prat Med Gen* 1993, **223** : 41-44
- POIKOLAINEN K. Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations : a meta-analysis. *Prev Med* 1999, **28** : 503-509
- POUCHAIN D, HUAS D, DRUAIS PL, WOLF B. Implication des médecins généralistes dans la prévention. *Rev Prat Med Gen* 1998, **12** : 31-37
- REYNAUD M, PARQUET P. Les personnes en difficulté avec l'alcool. CFES, Paris 1999
- RICHMOND R, HEATHER N, WODAK A, KEHOE L, WEBSTER I. Controlled Evaluation of a General Practice – Based Brief Intervention for Excessive Drinking. *Addiction* 1995, **90** : 119-132
- ROMELSJÖ A, ANDERSSON L, BARRNER H, BORG S, GRANSTARND C, HULTMAN O et coll. A randomized study of secondary prevention of early stage problem drinkers in primary health care. *Br J Addict* 1989, **84** : 1319-1327
- SCOTT E, ANDERSON P. Randomised controlled trial of general practitioner intervention in women with excessive alcohol consumption. *Drug and Alcohol Rev* 1990, **10** : 313-321
- SFMG (Société française de médecine générale). Dictionnaire des résultats de consultation en médecine générale. *Documents de recherches en médecine générale* 1996, **47-48** : 14-363
- SKINNER H, HOLT S, ISRAEL Y. Early identification of alcohol abuse : I. Critical issues and psychosocial indicators for a composit index. *Can Med Assoc J* 1981, **124** : 1141-1152
- TOMSON Y, ROMELSJÖ A, ABERG H. Excessive drinking-brief intervention by a primary health care nurse. A randomized controlled trial. *Scand J Prim Health Care* 1998, **16** : 188-192
- WALLACE P, CUTLER S, HAINES A. Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. *Br Med J* 1988, **297** : 663-668

WILK AI, JENSEN NM, HAVIGHURST TC. Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *J Gen Intern Med* 1997, **12** : 274-283

WUTZKE SE, SHIELL A, GOMEL MK, CONIGRAVE KM. Cost effectiveness of brief interventions for reducing alcohol consumption. *Soc Sci Med* 2001, **52** : 863-870