

Projet

REPEX

Comparaison de l'acceptabilité de trois méthodes de **REP**érage des buveurs **EX**cessifs en médecine générale

Etude de collaboration de phase IV de l'OMS
sur la consommation excessive d'alcool

Mémoire présenté et soutenu par

Pascal GACHE

le mercredi 9 juin 2004
pour l'obtention du

Diplôme de Formation continue en Education thérapeutique du Patient
(DIFEP)

Université de Genève
2001-2004

Comité de Pilotage (ordre alphabétique)

Dr Yves **BEYELER**, médecin interniste, Genève
Mme Elisabeth **DEBENAY**, Direction Générale de la Santé, Genève
Mme Laurence **FEHLMANN-RIELLE**, directrice FEGPA, Genève
Dr Pascal **GACHE**, médecin alcoologue, HUG, Genève
Dr Angelo **JULIANO**, médecin généraliste, REMED, Genève
Dr Jonathan **SIMON**, médecin interniste, Groupement des Praticiens de Médecine de l'Addiction, Genève
Dr Gilbert **SIEGRIST**, médecin interniste, Genève
Dr Beat **STOLL**, médecin Santé Publique, Programme « Ca débouche sur quoi ? »
Dr Ramiro **VALDEZ**, médecin interniste, Genève
Dr Angel **VILASECA**, Société Suisse de Médecine Générale, Chargé d'enseignement de la médecine générale, HUG, Genève

Coordination : Dr Pascal GACHE
Unité d'alcoologie,
Département de Médecine Communautaire
24 rue Micheli du Crest
1211 Genève 14
Tel : 022 372 95 37 Fax : 022 372 95 12
pascal.gache@hcuge.ch

Coordination du Projet (France, Suisse et Belgique) : Dr Philippe MICHAUD,
Paris

Remerciements

Aux membres du comité de pilotage, pour le temps consacré, en dehors des heures de bureau, à la réussite de REPEX à Genève.

Aux médecins participants et à leurs assistantes et assistant pour leur investissement personnel nécessaire à la réussite de REPEX.

A Arabelle RIEDER-NAKHLE et à Karine MICALIZZI pour leur enthousiasme, leur engagement et leur professionnalisme.

A Carmen RUFFINO pour son abnégation à réaliser ces nombreuses tâches invisibles mais indispensables. Avec le sourire en plus.

A Yves BEYELER, pour toutes les raisons qu'il connaît et qu'il ne veut pas que je mentionne ici. Gratitude immense.

A Richard BEAUVERD et aux membres de la Fondation Armand SLAVIC, pour les premiers pas de REPEX.

Au Docteur Philippe MICHAUD, pour son amitié sans faille.

A l'équipe de BMCM France.

A tous les membres de l'Unité d'alcoologie avec qui j'ai le plaisir de travailler depuis 7 ans bientôt.

A mes camarades et ami(e)s du Diplôme. Il serait vain de vouloir tout énumérer ici. Merci de ce parcours ensemble. A vous tous je souhaite bonne chance.

A Cristina, pour les fous rires, les enthousiasmes et ...les agacements partagés. Bqteb.

Aux enseignants du DIFEP, courageux lorsque la fronde couvait. A Rémi GAGNAYRE, pour ton talent qui force l'admiration.

A Alain GOLAY pour ta confiance sans cesse renouvelée.

A Jean-Philippe ASSAL, visionnaire enthousiaste et infatigable.

Financement

Ce projet a bénéficié des appuis financiers suivants :

Le Département de l'Action Sanitaire (DAS) de l'état de Genève par le service de la Dîme

La Fondation Armand Slavic de Genève

Le Programme fédéral « Boire moins c'est mieux »

L'unité d'alcoologie du Département de Médecine Communautaire des HUG

Le budget complet du projet se trouve en Annexe n° 8 à la fin de ce document

HYMNE A L'ENSEIGNEMENT THERAPEUTIQUE

Je souhaite pouvoir suivre ce diplôme
Car je veux savoir pourquoi manger des pommes
C'est je crois la nécessaire condition
Et peu m'importe les autres considérations.
Diabète, obésité, asthme, bronchite chronique
Que sais-je de l'enseignement thérapeutique ?
Maladie chronique répète le Professeur Assal
Qui voit là l'élément vital.
Si vous ne comprenez pas pourquoi tout ça est important
Inutile de perdre ici votre temps
Sortez je vous prie de la pensée opératoire
Et tournez-vous vers d'autres trajectoires.
Pensez à Sœur Marie-Thérèse du cœur meurtri
Qui de la diététique avait tout compris.
Ou encore à cet excellent Paolo Freire
Et à sa pédagogie vraiment révolutionnaire.
La liste est longue de ces visionnaires.
Qui ont cru avant tous à la diffusion de ce savoir-faire.
Alors vive l'enseignement thérapeutique.
Que nous défendrons malgré les critiques.
Nous saurons s'il le faut mettre la main à la pâte
Et d'une seule voix crier ensemble «tarbia hayat»

Module 1, mardi 6 novembre 2001

Fondant au chocolat

250g de chocolat noir

250g de beurre

125g de sucre

4 oeufs

4 cuillères à soupe de café (frais ou Nescafé)

2 cuillères à soupe de farine

Si vous voulez faire de la bonne cuisine, achetez des bons ingrédients !

On fera fondre délicatement le chocolat (au bain-marie pour les puristes) avec le café. Lorsqu'il est fondu (le chocolat et pas le café), on ajoutera le beurre préalablement ramolli (les étourdis qui n'auraient pas sorti le beurre à temps sont violemment invités à attendre qu'il ramollisse naturellement. Ces têtes en l'air ne le mettront surtout pas au four à micro-ondes pour aller plus vite, non mais...). On mélangera progressivement et avec doigté ce beurre ramolli à feu moyen (un feu moyen est moyen par définition). Enfin, on complètera cet appareil en incorporant le sucre. On prendra soin de ne pas faire bouillir (pour ce faire on évitera de regarder « Friends » en réalisant cette recette). Si vous arrivez à ce stade de la recette, réjouissez-vous mais pas trop, ce n'est pas encore fini.

En dehors du feu, on ajoutera les oeufs préalablement battus en omelette. On délaiera la farine en prenant soin qu'elle ne fasse pas de grumeaux, au besoin on la versera sur un chinois (je rassure les incultes culinaires sur le caractère non raciste de cette marœuvre) afin qu'elle tombe dans l'appareil (en cuisine l'appareil désigne un mélange d'ingrédients) en fine pluie (I am singing in the rain).

A ce stade de la compétition, votre appareil a une apparence brun très foncé, lisse et brillante. Si ce n'est pas le cas, reprenez plus avant c'est à dire jetez tout (sauf vous) et recommencez.

On versera l'appareil encore tiède (le bougre) dans un plat préalablement recouvert de papier sulfurisé (on peut beurrer si on préfère, chacun ses goûts). Attention ce gâteau ne monte pas à la cuisson, aussi prévoir un plat qui donnera une épaisseur de 4-7 cm. On mettra au four thermostat 4-5 (120-150°) dans un bain-marie pendant un certain temps (environ 30 minutes). En plantant un couteau dans le gâteau (j'ai dit dans le gâteau), la lame doit ressortir propre. Le dessus du gâteau est légèrement croûté. Si c'est noir, c'est trop cuit. Voir plus haut !

On sortira le gâteau du four lorsqu'on pensera qu'il est cuit (cela semble assez évident, encore faut-il rappeler quelques fois des évidences simples) et on le démoulera un peu plus tard sans se brûler les doigts (pour celles et ceux qui en ont).

Si on prend soin de faire le gâteau la veille, il n'en sera que meilleur (croyez-moi).

On pourra à sa convenance recouvrir de sucre glace en faisant de jolis dessins avec des pochoirs. Si on est très courageux, on accompagnera ce délicieux fondant de crème anglaise utilement parfumée d'un peu de menthe.

PLAN

Introduction

Problématique

Méthode

- Cadre de l'étude

- Public cible

 - Les médecins généralistes participants

 - Les patients

- Protocole d'étude

- Comparaison de trois outils de repérage des consommateurs d'alcool à risque ou à problèmes

- Définition de l'acceptabilité

- Déroulement de l'étude

- Le recueil de données

 - Le questionnaire testé

 - Cahier de bord

 - Le questionnaire, interview des médecins

 - Le questionnaire patient

Formation du public cible

Critères de jugement

Traitement des données et analyse statistique

Aspects éthiques

Organisation et calendrier

Résultats

- Constitution de groupe de médecins

- Description du groupe de médecins

- Description du groupe de patients

- Résultats des questionnaires

- Intensité du repérage

- Acceptabilité par les médecins

- Opinions des médecins

- Opinions des patients

- Comparaison des opinions des assistantes avec les médecins

- Opinion des médecins sur la formation

Discussion

Bibliographie

Annexes

Introduction

Les dommages dus à la consommation excessive d'alcool sont connus. Ils sont majeurs. En Suisse, on estime que 3500 à 4000 décès par an, notamment par accidents, suicides, cancers des voies aéro-digestives supérieures, par cirrhoses alcooliques et cancers du foie et par d'autres pathologies digestives sont liés à la consommation excessive d'alcool (Données ISPA, 2003).

La consommation aiguë d'alcool est aussi un facteur important de décès par accidents (notamment de la circulation, où une consommation aiguë serait le facteur responsable principal dans plus d'un tiers des accidents mortels), mais elle est aussi impliquée dans de nombreux cas de chutes accidentelles et de suicides. Ainsi, la consommation excessive d'alcool est, après la consommation de tabac, la seconde cause de décès évitable en Suisse (Données ISPA, 2003).

Outre l'excès de mortalité entraîné par la consommation d'alcool, les maladies liées à l'alcool représentent également une morbidité importante, affectant la qualité de vie. Cette morbidité s'observe à des niveaux de consommation qui n'entraînent pas forcément les problèmes de désinsertion familiale et sociale associés à la dépendance à l'alcool. Il s'agit notamment de maladies digestives et hépatiques parfois sévères et invalidantes ainsi que de troubles d'ordre psychiatrique.

Il s'agit à l'évidence d'un problème majeur de santé publique dans notre pays. C'est pourquoi, en 1998, l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP), l'Institut Suisse de Prévention de l'Alcoolisme (ISPA) et la Régie Fédérale des Alcools (RFA) lançaient une grande campagne nationale « Ca débouche sur quoi ? » dont l'objectif, à travers des actions ciblées, était d'atteindre les consommateurs excessifs en priorité (les consommateurs à risques et les consommateurs à problèmes¹). Dans ce programme, les médecins de premier recours ont bénéficié de colloques de formation au repérage des problèmes d'alcool au cabinet (Dr Beat Stoll, coordinateur du programme médecin premier recours, membre du comité de pilotage). En 2002, Madame Ruth Dreifuss alors

¹ La définition de ces termes est donnée page 9

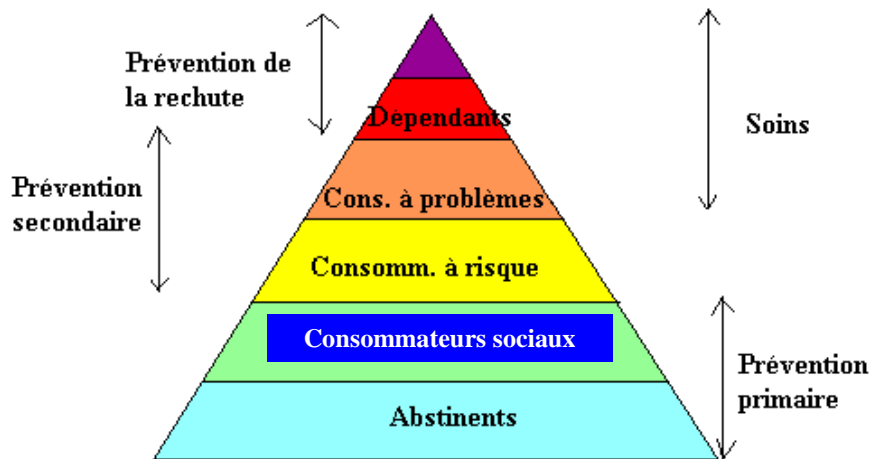
conseiller fédéral chargé de la santé déclarait que les actions en matière de consommation excessive d'alcool relevaient, au titre des actions de prévention, des politiques fédérales, celles-ci devant être relayées par les médecins généralistes dans leur cabinet. Malheureusement, encore trop peu de patients consommateurs excessifs étaient dépistés à cette occasion laissant la raison profonde du trouble à l'origine la consultation bien souvent non abordée et non élucidée.

Dans ce contexte, développer le repérage des consommateurs excessifs et/ou alcoolodépendants dans le système de soins, tant à l'hôpital qu'en médecine libérale, médecins généralistes en premier lieu, permettra de délivrer des interventions brèves adaptées au niveau de comportement à risques vis-à-vis de l'alcool. Le cabinet médical est en effet un lieu privilégié pour repérer ces personnes, et intervenir auprès d'elles avant que n'apparaissent une alcoolodépendance ou d'autres troubles secondaires, en proposant une prise en charge spécifique et précoce. Ce fait est d'autant plus avéré que l'on sait qu'en moyenne quatre adultes sur cinq consultent au moins une fois par an leur médecin généraliste pour des motifs très divers. Parmi ces patients consultants, on peut penser que 20% d'entre eux ont un problème avec l'alcool au sens large du terme (Huas et al., 1993) et que la consultation chez leur médecin généraliste représente une opportunité évidente de repérage et de conseil à l'égard de cette difficulté.

Problématique

En médecine générale, on repère essentiellement les alcoolodépendants notamment parce que les conséquences physiques (cirrhose par exemple), psychiques (dépression) ou encore sociales (désinsertion sociale) sont relativement bruyantes. La situation est différente pour les patients qui ont un risque de devenir malade du fait de leur consommation ou qui souffrent d'une maladie liée à l'alcool sans en être dépendants (consommateurs à risque et à problèmes).

La pyramide de Skinner adaptée par Saunders donne une illustration imagée des différents types de consommateurs d'alcool (Skinner et al., 1983)



Après des consommateurs à risques ou à problèmes, c'est à dire un groupe qu'on nommera consommateurs excessifs, les médecins généralistes ont un rôle crucial dans la prévention secondaire des problèmes liés à la consommation excessive d'alcool. Il faut cependant donner aux médecins les moyens de repérer les patients concernés pour pouvoir ensuite leur donner des conseils utiles. Les consommateurs excessifs représentent ainsi l'ensemble des patients qui boivent au-delà des normes de santé proposées par l'Organisation Mondiale de la Santé, c'est à dire plus de 30 grammes d'alcool pur par jour pour les hommes et plus de 20 grammes d'alcool pur par jour pour les femmes. Par définition ces patients ne sont pas (ou très peu) dépendants au sens des définitions du DSM IV ou de la classification internationale des maladies (CIM 10). Parmi ces consommateurs excessifs, on distingue une première catégorie dite des consommateurs à risques, ce sont des patients qui boivent au-dessus des normes de santé et qui n'ont pas de problèmes liés à cette consommation excessive. A l'opposé, les consommateurs à problèmes

ont déjà des problèmes liés à cet excès ; les problèmes peuvent être somatiques, psychologiques ou sociaux.

La méthode médicale la plus traditionnelle de repérage des patients consommateurs excessifs est l'interrogatoire, associé à un examen clinique approfondi complété éventuellement d'un bilan biologique (Huas D, 1993). Mais il est clair que cette démarche est loin d'être menée systématiquement, même par des médecins motivés, et qu'on passe donc à côté de nombreuses situations. Des autoquestionnaires de repérage des consommateurs à risques, à problèmes ou dépendants ont donc été élaborés pour faciliter ce repérage. Les plus connus des outils développés (Kitchen J.M et al., 1994) sont le MAST² (Michigan Alcoholism Screening Test ; Selzer M., 1971), le CAGE³ (Mayfield D. et al., 1974) et l'AUDIT⁴ (Gache P. et al., 2004). Le MAST est composé de 24 questions et, malgré ses bonnes sensibilité et spécificité, est souvent critiqué pour sa longueur et son repérage de consommateurs avec des problèmes d'alcool déjà sévères. Le CAGE est un test court et donc facile d'emploi ; cependant il semble qu'il soit plus sensible dans le repérage des patients dépendants que dans celui des consommateurs excessifs. Enfin sa sensibilité est médiocre dans le repérage des patients en difficulté avec l'alcool, tous niveaux de consommation confondus, dans les conditions de la médecine générale (Huas D. et al., 1990).

L'AUDIT semble être le questionnaire le plus adapté pour détecter les buveurs à risque ou à problèmes (Isaacson JH. Et al., 1994). Aujourd'hui la validation de l'AUDIT est faite non seulement en anglais mais aussi en français (Gache P. et al., 2004). Dans des conditions de recherche, l'AUDIT est un bon outil de repérage des buveurs à risques et à problèmes. Au cabinet du médecin généraliste, il apparaît que l'acceptabilité de ce questionnaire peut être différemment appréciée.

² Le questionnaire MAST est consultable dans la partie des annexes en fin de document (Annexe n°1)

³ Idem pour le questionnaire CAGE (Annexe n°2)

⁴ Idem pour le questionnaire AUDIT (Annexe n°3)

En effet, des « focus groups » effectués auprès de médecins généralistes français autour de l'utilisation de l'AUDIT, ont montré que l'acceptabilité était bonne dans leur clientèle mais que l'utilisation systématique de questionnaires en pratique quotidienne n'est pas pour autant chose facile dans leur cabinet (Samuel R. et al., 2002 ; Stewart DW. et al., 1990). La routine dans ce domaine n'est pas installée, nombre de médecins généralistes ne sont pas formés à ce type de repérage, les médecins peuvent parfois être réticents à soulever la question de l'alcool et enfin ce repérage peut venir en « concurrence » avec d'autres démarches de prévention.

Par ailleurs, une large enquête menée sous l'égide d'un groupe de travail de l'OMS (Kaner E. et al., 2001) a mis en évidence les obstacles au repérage et à l'intervention brève chez les consommateurs excessifs. Ce travail a été répliqué auprès d'une population de médecins internistes-généralistes (MIG) genevois membres d'un réseau médical (REMED) et comparé aux résultats de la cohorte française de l'étude de l'OMS (Bouix JC., et al, 2003). Cette enquête réalisée en 2000 par nous-même et un groupe de membres de ce réseau confirment les principaux résultats de l'étude de Kaner. 185 MIG ont répondu à l'enquête (taux de réponses de 58%). Dans l'ensemble ces médecins se sentent moyennement efficaces pour aider leurs patients à réduire leur consommation d'alcool. Ils se sentent plus efficaces pour faire prendre les médicaments prescrits, aider au sevrage tabagique ou encore encourager la pratique régulière de l'exercice physique. En revanche, ils se sentent peu efficaces pour aider à réduire l'apport calorique, le stress ou encore empêcher leurs patients de prendre des drogues illégales. Comparés à leurs homologues français qui avaient participé à l'étude OMS, les résultats sont très similaires.

Tableau 1 : comparaison des compétences déclarées des MG français et genevois

	Français	Genevois
1= inefficace ; 4= très efficace		
- Responsabiliser la prise des médicaments prescrits	2.90	2.9
- Ne pas fumer	2.44	2.5
- Faire de l'exercice physique régulièrement	2.43	2.6
- Réduire la consommation d'alcool	2.39	2.3
- Diminuer l'excès d'apport calorique	2.34	2.3
- Réduire le stress	2.18	2.3
- Ne pas prendre de drogues illicites	2.14	2.1

Les MIG genevois, comme leurs collègues français, relatent un manque de formation au repérage précoce et craignent pour 68% que leurs patients ne suivront pas leurs conseils des MIG. Une autre barrière perçue par les MIG est l'absence de reconnaissance financière pour le travail de prévention. Les récents changements tarifaires intervenus ne semblent par ailleurs pas entièrement répondre à la question. Absence de connaissance des outils disponibles et méconnaissance de leur efficacité constituent donc les principales barrières au repérage et à l'intervention brève. En revanche, les MIG genevois et français déclarent dans leur ensemble qu'ils feraient volontiers du repérage et de l'intervention brève chez les consommateurs excessifs s'ils avaient connaissance d'outils fiables et efficaces, s'ils étaient formés à les utiliser, s'ils avaient la conviction que ces outils étaient efficaces ou encore si le système de santé encourageait financièrement à faire ce genre de prestations⁵.

La situation actuelle en médecine générale relève le paradoxe suivant. Les MIG, formés au repérage précoce des consommateurs excessifs, ne pratiquent peu ou pas par la suite ce repérage dans des conditions de pratique quotidienne routinière (Anderson P., et al., 2003). Ce paradoxe met en lumière trois questions. Soit la formation à l'utilisation des outils n'est pas bonne, soit les outils eux-mêmes ne sont pas véritablement ajustés à la pratique de la MG, soit enfin les conditions structurelles d'exercice ne permettent pas de faire ce repérage (manque de temps, de reconnaissance financière). Considérant que la réponse est probablement en partie dans chacune des trois questions soulevées, nous avons souhaité connaître un peu mieux l'acceptabilité des outils de repérage habituellement proposés aux MIG.

Ainsi, on peut imaginer que dans certaines pratiques médicales l'AUDIT sera avantageusement remplacé par quelques questions succinctes mais pertinentes et représentatives du questionnaire, questions posées au moment de l'interrogatoire du médecin dans le déroulement de la consultation (Kaija, 1998). On peut aussi envisager de l'intégrer dans un questionnaire de santé

⁵ L'enquête genevoise n'est pas encore publiée

plus général, à la fois pour des motifs de meilleure acceptabilité de la "question alcool" mais aussi pour éviter de multiplier le nombre de questionnaires de santé au cabinet du médecin généraliste. Daeppen a démontré à Lausanne que l'AUDIT intégré dans un questionnaire de santé ne perd pas ses qualités de repérage des buveurs à risque et à problèmes, et présente même une meilleure sensibilité (Daeppen JB et al., 1999).

L'étude REPEX a donc pour objectif principal de connaître quel serait en médecine générale l'outil de repérage des problèmes d'alcool le plus applicable et le plus acceptable en pratique routinière dans le contexte de la médecine de premier recours. Les questionnaires utilisés dans cette étude sont des questionnaires préalablement validés.

Méthode

Cadre de l'étude

L'étude REPEX est une étape du programme de promotion de la prévention secondaire du risque alcool « Boire moins, c'est mieux ». Ce programme est lui-même le versant suisse de la recherche-action internationale promue par l'OMS dite de « phase IV » dont la coordination internationale est assurée par le Professeur Nick Heather (Heather , 1998). Le projet de programme a été approuvé par le centre de coordination de phase IV. Son objectif est le développement et l'implantation durable du repérage des consommateurs excessifs d'alcool et de l'intervention brève à l'échelle des pays participants.

Cette étude a été menée de façon conjointe par une équipe de Suisse Romande, de France (Dr Philippe Michaud), et de Belgique francophone (Dr Bernard Dor).

Public cible

Les médecins généralistes participants

32 médecins généralistes volontaires ayant une activité principale de consultation de médecine de premier recours d'au moins 5 demi-journées par semaine ont été choisis sans tirage au sort. Le recours à un échantillon de médecins recrutés sans tirage au sort se justifie par la nécessité d'avoir une bonne adhésion d'emblée au programme, eu égard aux réticences encore très importantes de la plupart des médecins à prendre en charge les problèmes liés à l'alcool. Les médecins ont été contactés à partir d'une liste fournie par les membres du comité de pilotage. D'abord par un courrier relatant la proposition de participer à cette étude dont les buts étaient développés (Annexe n°10). A la suite de ce courrier, nous avons contacté les médecins par téléphone et au besoin leur avons proposé une visite dans leur cabinet pendant laquelle l'assistante de recherche leur expliquait les buts et la méthode de Repex et leur remettait une brochure résumée de Repex (Annexe n°15). Lorsqu'ils acceptaient de participer, les médecins signaient un contrat moral d'engagement (Annexe n°11).

Les patients

Pour se placer dans un cadre aussi proche que possible de la réalité d'une pratique idéale de repérage des consommateurs à risque d'alcool consistant à proposer un questionnaire de repérage à tout nouveau patient et une fois par an à l'ensemble de la clientèle adulte, chaque médecin participant à l'étude n'a proposé le repérage qu'aux patients adultes (de plus de 18 ans) ayant été vus depuis plus de 7 semaines, (excluant ainsi les personnes venant chaque mois pour un renouvellement d'ordonnance ou pour la surveillance d'une maladie chronique), après le recueil de leur consentement à participer. Cette façon de faire évite également de considérer comme patients éligibles, des patients qui auraient déjà consulté lors de l'évaluation d'une autre méthode.

Protocole d'étude

L'axe principal du protocole a consisté à demander à chacun des médecins participant à l'étude d'utiliser successivement, auprès de la clientèle éligible, les trois méthodes de repérage proposées, et de noter les raisons des « échappements » de patients éligibles au repérage systématique.

Comparaison de trois outils de repérage des consommateurs excessifs d'alcool (à risques ou à problèmes).

Nous avons comparé l'acceptabilité relative de l'AUDIT et de deux autres outils de repérage des buveurs excessifs issus de l'AUDIT, en pratique quotidienne, au cabinet de médecins généralistes-internistes genevois. Les outils de repérage des buveurs excessifs à comparer étaient :

1-*L'AUDIT*, auto-questionnaire, rempli par les patients eux-mêmes avant la consultation en salle d'attente (Annexe n°3).

2-*L'AUDIT "intégré"* dans un Questionnaire de santé, auto-questionnaire également, rempli par les patients eux-mêmes en salle d'attente avant la consultation (Annexe n°4).

3-*Le DAME (aujourd'hui appelé FACE)*, hétéro-questionnaire de repérage soumis aux patients par le médecin lui-même au cours de son entretien dans le cabinet (Annexe n°5). Le questionnaire DAME est constitué de cinq questions. Ses performances en terme de sensibilité et de spécificité viennent d'être établies et validées (Arfaoui, 2004): il se compose de deux questions de l'AUDIT (portant sur la fréquence des prises d'alcool et sur les quantités), de deux questions issues du CAGE permettant d'améliorer ses capacités à discriminer les buveurs à problèmes des patients dépendants de l'alcool et d'une question portant sur la tolérance issue du TWEAK (Chan, 1993).

Définition de l'acceptabilité

Par acceptabilité, nous entendons le **caractère applicable de ce repérage en médecine générale de routine** à tous les patients considérés comme devant en bénéficier, c'est à dire les nouveaux patients de 18 ans ou plus, ainsi que les patients habituels (également âgés de 18 ans ou plus) dont le repérage sera réalisé à une périodicité qui reste à définir, mais qui pourrait être annuelle.

L'acceptabilité sera ainsi évaluée de façon **quantitative et qualitative** :

D'un point de vue quantitatif, la comparaison des méthodes a reposé sur l'évaluation du caractère systématiquement applicable de chaque méthode, qu'on « a mesuré » en comparant le nombre de patients qui aurait dû bénéficier du repérage (patients éligibles) et le nombre de patients qui en ont effectivement bénéficié. La qualité de remplissage de chacun des questionnaires est également un élément d'appréciation de son caractère plus ou moins adapté à la clientèle et aux conditions d'exercice du médecin. Les mesures ont porté sur des critères relevant des **caractéristiques intrinsèques** à la méthode et au questionnaire de repérage utilisés : disponibilité des questionnaires, qualité de remplissage des questionnaires, utilisation des informations contenues dans le questionnaire, contraintes et réticences liées à l'utilisation telles que le temps de passation. Nous n'avons pas mesuré à nouveau les qualités informationnelles (sensibilité et spécificité) des outils que l'on a comparés, puisqu'ils ont été déjà validés par ailleurs. On a utilisé les cahiers de bord remplis par chaque médecin pour établir ces rapports (Annexe n°6).

D'un point de vue qualitatif, la comparaison des méthodes a porté sur des critères subjectifs :

Les médecins ont été interrogés sur leur ressenti et celui de leurs patients pour chaque méthode utilisée : après chaque période d'essai. Ils ont apprécié à

l'aide d'un questionnaire et d'une grille d'entretien élaborée par l'équipe BMCM France, l'acceptabilité de la méthode de repérage de leur point de vue pour eux-mêmes et leurs patients. Ils se sont prononcés sur des aspects organisationnels, le ressenti de leurs patients et de la qualité de la relation médecin-patient, et sur leur appréciation personnelle de la méthode. Un entretien final a complété l'évaluation des méthodes (Annexes n°7). Cet aspect qualitatif de la mesure de l'acceptabilité a tenu compte des **caractéristiques des médecins** : âge, sexe, date d'installation, pratique rurale ou urbaine, mode d'exercice (cabinet solo ou de groupe, présence d'un(e) assistant(e) médical(e) au cabinet). L'acceptabilité pouvant également varier selon les représentations des médecins concernant le sujet « alcool », et selon les perceptions propres du médecin à l'égard de sa consommation d'alcool et à l'égard des problèmes qui lui sont associés. Pour ce faire, les médecins ont été invités à répondre à des éléments d'un questionnaire validé sur leurs représentations des consommateurs d'alcool, AAPQ (Anderson P. et al. , 1987). (Annexe n°8).

Les **perceptions des patients** à l'égard des différents questionnaires ont été recueillies. A cette fin, un échantillon de patients tirés au hasard (sondage portant sur un cinquième des patients) s'est vu proposer un questionnaire (Annexe n°9) relatif à la perception de l'outil de repérage et à l'intervention brève dont il a fait éventuellement l'objet.

Déroulement de l'étude

Chaque médecin a été invité à utiliser chacune des trois méthodes de repérage pendant une semaine complète de consultation (sont exclues les consultations à domicile). L'ordre d'utilisation de chacune des méthodes a été tiré au sort pour chacun des médecins.

Le recueil des données s'est effectué pour chaque médecin pendant une période totale de sept semaines. Chaque semaine de repérage était séparée de la suivante de deux semaines sans activité dans le cadre de l'enquête. Ce laps de temps entre deux périodes de test des méthodes présente les avantages suivants :

1. Meilleure indépendance des méthodes de repérage ;
2. Probablement meilleure acceptabilité de l'enquête par les médecins,.

Les médecins s'étaient engagés à essayer d'établir un repérage du statut alcoologique de chacun de ses consultants éligibles par les 3 méthodes à tester. On a évité qu'un patient ne soit sollicité à deux reprises pour tester une méthode : **les patients éligibles** étant les nouveaux patients et ceux qui ne sont pas venus au cabinet depuis plus 7 semaines.

On a mis à la disposition des médecins le matériel d'intervention brève pour leur permettre de donner une suite au repérage de consommateurs d'alcool à risque. Les médecins participant à l'étude ont reçu une formation spécifique au repérage des consommateurs excessifs et à la délivrance d'une intervention brève en cas de dépistage positif⁶. En cas de découverte d'une alcoolo-dépendance non connue par le médecin, celui-ci pouvait faire comme il en a l'habitude c'est à dire soit prendre ne charge lui-même soit référer le patient à une consultation spécialisée

Chaque médecin a reçu pour l'ensemble de l'étude une indemnisation de 1500 Sfr. (1000.00 Sfr pour lui et 500.00 Sfr pour son assistante médicale).

1-AUDIT et questionnaire de santé : Ils ont été donnés (l'un ou l'autre selon la semaine) par l'assistante médicale au moment où le patient arrivait dans le cabinet médical. L'assistante expliquait le sens de la démarche au patient et lui remettait une note d'information. Le patient remplissait lui-même le

⁶ Programme détaillé page 27

questionnaire et pouvait demander de l'aide à l'assistante médicale si besoin. Lorsqu'il avait rempli le questionnaire, il le remettait à l'assistante qui l'insérait dans son dossier. Une affiche posée en salle d'attente informait les patients du déroulement de l'étude (Annexe n°16a et 16b).

2-Questionnaire DAME : le médecin disposait de questionnaires sur son bureau et après avoir expliqué le sens de la démarche et reçu le consentement de son patient préalablement informé par l'assistante médicale, il l'interrogeait et notait les réponses aux questions. Une affiche annonçant l'étude en cours était aussi prévue à cet effet et était apposée elle aussi en salle d'attente (Annexe n°16c).

Les questionnaires ont été édités avec duplicata pour permettre aux praticiens d'en garder un exemplaire dans leurs dossiers.

Le recueil des données

1- Les questionnaires testés

Le médecin recueillait à chaque inclusion de patient le questionnaire utilisé à fin d'exploitation. Il mettait un exemplaire de côté pour l'étude et gardait le duplicata dans son dossier.

2- Cahier de bord (Annexe n°6)

Le médecin (ou son assistante) notait sur un tableau de consultation que l'on a appelé **cahier de bord**, la liste des consultants en leur attribuant un numéro (numéro d'ordre de passage et donc d'inclusion dans l'étude).

Dans ce cahier, il notait pour chaque patient

- le sexe, l'âge,

- le motif de consultation (liste des grandes catégories de motifs de consultation : Suivi de maladie somatique chronique, troubles psychologiques ; traumatismes, troubles infectieux aigus, actes préventifs, diagnostic de maladies autres qu'infectieuses, gynécologie-obstétrique, autres) ;
- les critères d'éligibilité : âge ≥ 18 ans et venu il y a plus de 7 semaines ;
- le remplissage effectif du questionnaire pour chaque patient éligible (oui/non), un éventuel oubli, refus, incompréhension des consignes de remplissage pour les deux méthodes procédant par auto-questionnaire. Le médecin faisait de même pour suivre le remplissage effectif pour chaque patient testant la méthode en hétéroquestionnaire (DAME) et en notait s'il y avait lieu les raisons de non remplissage (manque de temps, oubli, crainte de blesser le patient, réticences).

Le cahier de bord était identique pour les deux auto-questionnaires testés. Pour le DAME, administré par le médecin lui-même, le cahier de bord présentait quelques différences avec les deux premiers (notamment les raisons de non remplissage)

Afin de suivre chacune des inclusions, des étiquettes ont été mises à disposition du médecin ; elles portaient le code du médecin et le numéro d'inclusion du patient. Il y avait trois étiquettes identiques que le médecin se chargeait de coller : la première sur le cahier de bord, la 2^{ème} sur le questionnaire de repérage, la dernière sur le questionnaire d'acceptabilité remis à un patient sur cinq (les patients ayant un numéro d'attribution divisible par 5). Ces patients étaient invités à remplir de façon anonyme le questionnaire et à le déposer dans une enveloppe close dans une urne déposée à cet effet dans la salle d'attente.

C'est le **cahier de bord** qui a permis de connaître le nombre de patients éligibles ainsi que le nombre de patients n'ayant pas répondu ou ayant refusé de répondre aux questions.

3- Le questionnaire, interview des médecins (Annexe n°7a à e)

Il a été rempli en cinq étapes correspondant au début et à la fin de l'étude puis à chaque période de fin de passation d'une méthode testée. Il a été conduit par téléphone et sur rendez-vous dans les trois jours suivant l'arrêt d'une méthode.

Le questionnaire médecin comprenait donc cinq moments de recueil :

Premier recueil : caractéristiques personnelles du médecin et ses conditions d'exercice médical. (Annexe n°7a). Cette partie comprenait notamment le code médecin (un chiffre de 1 à 30, le code pays (CH, B ou F), l'ordre de test des méthodes), l'âge, le sexe du médecin, date d'obtention du diplôme, la date d'installation, des renseignements sur les conditions d'exercice (cabinet de groupe, nombre de demi-journées exercées dans la semaine). Elle renseignera sur la présence permanente, partielle ou non d'une assistante, sur la configuration des lieux (possibilité d'une table basse, visibilité des affiches), sur la tenue de ses dossiers (sont-ils informatisés pour tout ou partie).

Cette partie a été remplie en fin de première semaine en même temps que la partie du questionnaire relative à l'acceptabilité de la première méthode utilisée.

Deuxième recueil : il concerne l'évaluation globale de la première méthode utilisée (Annexe n°7b). S'il s'agissait de l'AUDIT :

L'opinion du médecin relative à la perception du questionnaire par ses patients :

De manière générale, les patients **selon vous** l'ont-ils correctement rempli ?

Ont-ils eu des craintes quant à l'utilisation possible des résultats, (confiance dans la confidentialité des réponses), sur l'utilité du questionnaire, sur son caractère intrusif. Selon vous quelle perception les personnes ont-elles eu de ce questionnaire ? L'AUDIT a-t-il favorisé le dialogue ?

Y a-t-il eu des problèmes de compréhension ? Les patients ont-ils posé des questions à son sujet, lesquelles? Les patients ont-ils émis des réserves sur la confidentialité au moment du remplissage ? Y a-t-il eu des rejets ? Y a-t-il eu des problèmes entre patients pour le remplissage en salle d'attente ? Y a-t-il eu des problèmes autres ?

Des questions sur la propre perception du questionnaire par le médecin :

L'avez-vous trouvé indiscret ou intrusif dans la vie des gens ? Le système de score est-il faisable dans le cadre de la consultation ? Est-ce que cela vous a aidé pour mieux caractériser vos patients quant à un éventuel problème d'alcool ? Est-ce que cela vous a fait découvrir chez certains patients de possibles problèmes d'alcool jusqu'alors non connus ? Est-ce que cela vous a aidé à aborder ce problème avec les patients ?

Avez-vous mis en place une stratégie d'intervention pour ces personnes dépistées au sein du cabinet ? En avez-vous adressés à un centre spécialisé de prise en charge, en avez-vous fait bénéficier certains d'une intervention brève ? Ce dépistage systématique fait par le patient vous paraît-il faisable au long court dans le cadre d'un exercice habituel de la médecine de ville ?

Pensez-vous avoir été exhaustif dans votre repérage, dans le suivi de votre cahier de bord ?

Des questions sur l'organisation.

Les patients ont-ils trouvé le questionnaire trop long ? La mise en œuvre du questionnaire a-t-elle posé des problèmes particuliers ? Cela vous aide-t-il dans la tenue de votre dossier ?

Troisième recueil : Il concernait l'évaluation globale de la deuxième méthode utilisée : (Annexe n°7c). S'il s'agissait du Questionnaire de santé :

L'opinion du médecin relative à la perception du questionnaire par ses patients :

Les patients **selon vous** l'ont-ils correctement rempli dans toutes ses parties?

Ont-ils eu des craintes quant à l'utilisation possible des résultats, (confiance dans la confidentialité des réponses), sur l'utilité du questionnaire, sur son caractère intrusif ? Selon vous quelle perception les personnes ont-elles eu de ce questionnaire ? L'AUDIT intégré a-t-il permis d'ouvrir le dialogue dès la première consultation sur la consommation d'alcool ? Y a-t-il eu des questions concernant les questions relatives à la consommation d'alcool ? Y a-t-il eu des questions concernant d'autres rubriques ? Sur quelle série de questions les gens ont-ils le plus ouvert le dialogue ? Avez-vous eu le sentiment que les patients étaient plus intéressés par les autres questions rendant plus difficile l'abord du sujet alcool ?

Y a-t-il eu des problèmes de compréhension ? Les patients ont-ils posé des questions à son sujet, lesquelles? Les patients ont-ils émis des réserves sur la confidentialité au moment du remplissage ? Y a-t-il eu des rejets ? Y a-t-il eu des problèmes entre patients pour le remplissage en salle d'attente ? Y a-t-il eu des problèmes autres ? Il est prévu un espace « commentaire » dans les cahiers de bord pour notifier les éventuels problèmes rencontrés.

Des questions sur l'organisation.

Les patients ont-ils trouvé le questionnaire trop long ? La mise en œuvre du questionnaire a-t-elle posé des problèmes particuliers ? Cela vous aide-t-il dans la tenue de votre dossier ?

Des questions sur la propre perception du questionnaire par le médecin :

L'avez-vous trouvé indiscret ou intrusif dans la vie des gens ? Le système de score est-il faisable dans le cadre de la consultation ? Est-ce que cela vous a aidé pour mieux caractériser votre patient quant à un éventuel problème d'alcool ? Est-ce que cela vous a fait découvrir de possibles problèmes d'alcool qui vous étaient jusqu'alors non connus : Non, un, plusieurs ? Est-ce que cela vous a aidé à aborder ce problème avec les patients ? Dans le cas où le repérage se fait sur plusieurs thèmes à la fois, quel sujet fait l'objet d'une intervention en premier et pourquoi ? Pensez-vous pouvoir intervenir sur tous les thèmes ?

Avez-vous mis en place une stratégie d'intervention pour ces personnes repérées au sein du cabinet ou les avez-vous adressées à un centre spécialisé de prise en charge ? Ce repérage systématique fait par le patient vous paraît-il faisable au long cours ?

Pensez-vous avoir été exhaustif dans votre repérage des buveurs excessifs, dans le suivi de votre cahier de bord ?

Les patients ont-ils trouvé le questionnaire trop long ? La mise en œuvre du questionnaire a-t-elle posé des problèmes particuliers ? Cela vous aide-t-il dans la tenue de votre dossier ?

Quatrième recueil : Il concernait l'évaluation globale de la troisième méthode utilisée (Annexe n°7d). S'il s'agissait du questionnaire DAME conduit par le médecin :

Avez-vous posé le questionnaire à tous les patients éligibles ? Avez-vous évité de poser le questionnaire à certains de vos patients ? Si oui, quels sont les motifs qui vous ont dissuadé de poser les questions : « docteur alcool », personnalité du patient, âge, sexe, milieu socioprofessionnel, vous savez qu'il ou elle ne boit pas, vous savez qu'il ou elle ne serait pas d'accord avec ce genre de questions. Le questionnaire en 5 questions vous semble-t-il utilisable en routine ? Cela vous a-t-il permis de repérer des problèmes d'alcool chez certains de vos patients ? Cela a-t-il permis d'engager une discussion sur ce sujet ? Cela vous a-t-il permis d'instaurer une intervention brève auprès de certains de vos patients ? Cela vous a-t-il servi pour compléter les informations des dossiers médicaux de vos patients ? Faire le score est-il chose facile en consultation ? Peut-on le faire en simultané et ouvrir le dialogue immédiatement ? Qu'est ce qui peut gêner ? (brusquerie du repérage+action, autre sujet à traiter).

Pensez-vous avoir été exhaustif dans votre repérage, dans le suivi de votre cahier de bord ?

Un cinquième et dernier recueil avec le médecin (Annexe n°7e). Cette partie recueillie par téléphone, était davantage qualitative.

- Aviez-vous des réticences à parler d'alcool avec vos patients avant le début de l'étude ?
- Avec quelle méthode avez-vous été le plus à l'aise pour parler d'alcool ?
- Quelle est votre méthode préférée et pourquoi : raison personnelle, aspect pratique.
- Quelle méthode souhaiteriez-vous voir s'inscrire dans la durée ?
- Après cette enquête êtes-vous convaincu de l'intérêt des actes préventifs que vous avez pu délivrer ?
- Avez-vous des remarques personnelles à faire sur le sujet de manière plus générale ?

Cette partie comportait aussi des questions relatives à la problématique alcool pour cerner les circonstances dans lesquelles le médecin interroge ses patients sur leur consommation d'alcool, pour savoir s'il parle de consommation à risque avec ses patients et s'il éprouve des difficultés (lesquelles et pourquoi). A-t-il peur d'un étiquetage de lui-même comme "Docteur alcool", peur de perdre ses patients?

4-Le questionnaire patient (Annexe n°9a à 9c)

Il sera rempli par un patient éligible sur 5, et on a apposé sur le formulaire l'étiquette de passage prévue à cet effet (cf. plus haut). Ce questionnaire comportait une dizaine de questions à remplir sur place et à glisser dans une urne au sortir de la consultation. Les seules données de repérage ont été l'étiquette, le sexe et l'âge.

AUDIT : dans la salle d'attente, vous avez rempli un questionnaire portant sur votre consommation d'alcool : cela vous a-t-il surpris ? Pourquoi ? Avez-vous eu des difficultés à y répondre ? Lesquelles ? (compréhension, temps). Avez-vous été gêné de le remplir ? Avez-vous eu un sentiment d'intrusion dans votre vie ? Pensez-vous que la confidentialité est respectée quand d'autres personnes se trouvent avec vous dans la salle d'attente ? Cela vous a-t-il permis de parler de votre consommation d'alcool avec votre médecin ? Votre médecin a-t-il abordé la question de votre consommation d'alcool par le biais de ce questionnaire ? A-t-il fait le score avec vous ? Vous a-t-il conseillé de réduire votre consommation ?

Questionnaire de santé : en salle d'attente vous avez rempli un questionnaire de santé dont certaines questions concernent votre éventuelle consommation d'alcool. Cela vous a-t-il surpris ? Pourquoi ? Avez-vous eu des difficultés pour remplir le questionnaire ? Avez-vous été gêné de le remplir ? Avez-vous eu un sentiment d'intrusion dans votre vie ? Pensez-vous que la confidentialité est respectée quand d'autres personnes se trouvent avec vous dans la salle d'attente ? Cela vous a-t-il

permis de parler de votre consommation d'alcool avec votre médecin ? Votre médecin a-t-il abordé la question de votre consommation d'alcool par le biais de ce questionnaire ? A-t-il fait le score avec vous ? Vous a-t-il conseillé de réduire votre consommation ?

DAME : Votre médecin vous a posé des questions concernant votre consommation d'alcool, alors que vous veniez le voir pour un autre motif ; cela vous a-t-il gêné ? Avez-vous été surpris ? Avez-vous eu un sentiment d'intrusion dans votre vie ? Cela vous a-t-il permis de parler de votre consommation d'alcool ? Votre médecin a-t-il abordé la question de votre consommation d'alcool par le biais de ce questionnaire ? A-t-il fait le score avec vous ? Vous a-t-il donné des conseils ?

Formation du public cible

En même temps que les médecins s'engageaient à participer à l'étude, ils acceptaient de participer au préalable à une formation en compagnie de leurs assistantes.

Les objectifs de la formation étaient :

- Expliquer et faire comprendre aux participants (médecins et assistantes) les concepts qui sous tendent la recherche tels que le repérage précoce de la consommation excessive d'alcool, l'intervention brève chez les consommateurs excessifs et le rôle du MIG dans la mise en place de ces deux actions.
- Expliquer les objectifs et le déroulement de la recherche
- Donner aux participants la possibilité de prendre connaissance du matériel de l'étude et de l'utiliser en situations fictives
- Pratiquer le repérage en utilisant les questionnaires
- Pratiquer l'intervention brève

Cette formation portait aussi sur la prise de connaissance du matériel et l'enseignement des trois méthodes de repérage testées. En effet, pour chacune des méthodes, un protocole d'utilisation était établi. On a également aidé le médecin généraliste à « installer » le protocole à son cabinet.

La formation durait trois heures. Elle était divisée en deux parties égales séparées par une pause. La première partie était commune aux médecins et aux assistantes. Elle traitait des concepts et du déroulement de la recherche. La deuxième partie était un atelier pratique séparé pour les MIG et les assistantes. Dans cet atelier, les assistantes utilisaient le matériel de recherche, pratiquaient des jeux de rôle simulant l'accueil d'un patient (facile ou récalcitrant) et l'explication de la recherche ainsi que la passation du questionnaire. De leur côté les MIG s'exerçaient au repérage avec AUDIT et DAME et pratiquaient l'intervention brève. (Annexe n°12)

Tous les participants prévus ont été présents à la formation que ce soit les MIG ou les assistantes. Une évaluation de cette formation a été pratiquée. (Annexe n°14).

Critères de jugement

Le plan d'analyse a porté successivement sur les données du tableau de bord, sur celles recueillies auprès des médecins et sur celles recueillies auprès des patients. Nous avons également établi un questionnaire de fin d'étude pour les assistantes. A partir des données du tableau de bord, on a calculé les indicateurs qui permettent d'apprécier l'exhaustivité et la qualité du dépistage.

On a calculé pour chacune des trois méthodes, le taux d'exhaustivité et la qualité du remplissage par les quotients suivants :

$$\frac{\text{questionnaires de repérage recueillis}}{\text{patients éligibles}} = (R)$$

et

$$\frac{\text{questionnaires de repérage exploitables}}{\text{patients éligibles}} = (R') .$$

Cette « acceptabilité » est mesurée d'abord par la méthode quantitative : Nombre de questionnaires passés sur nombre de patients éligibles vus par le médecin. On a analysé les causes des « échecs » de la méthode de repérage en se rapportant aux causes données par le médecin dans le journal de consultation. On a comparé les patients éligibles qui ont rempli le questionnaire à ceux qui ne l'ont pas fait, sur la base des informations du journal de consultation.

Le cahier de bord a permis de connaître le profil des personnes ayant refusé.

Le nombre de réponses manquantes dans les questionnaires est un indice de l'acceptabilité du questionnaire du point de vue du patient.

Ces données quantitatives ont été associées à une analyse des interviews des médecins sur l'acceptabilité des 3 méthodes dans leur pratique quotidienne, en réponses fermées. Une approche qualitative des réponses ouvertes a été pratiquée dans le même temps. La même démarche a été menée pour les patients. Un questionnaire global a été remis aux assistantes dans le but de recueillir leur avis sur la méthode qui leur a semblé la plus adaptée au fonctionnement du cabinet.

Traitement des données et analyse statistique

Les données statistiques ont été recueillies chaque semaine auprès des médecins par une assistante de recherche clinique. Les données ont été saisies de façon anonyme selon une base de données commune à la Suisse, la France et la Belgique. Le traitement des données anonymes a été confié à une bio-statisticienne de l'équipe française. L'analyse a été faite selon la technique du cross-over, chaque médecin étant son propre témoin. Elle a été conduite en plusieurs temps :

-Analyse préalable de comparaison des patients selon la méthode et selon les médecins. Points de comparaison : âge, sexe, statut matrimonial, motifs de consultation. En cas de différence significative selon les groupes, ajustement sur les variables concernées.

-Analyse par médecins : comparaison des rapport R et R' : χ^2 et comparaison de pourcentage par test t de Student bilatéraux.

-Analyse par méthode de repérage, sous réserve d'une homogénéité, suffisante des tests précédents, en comparant les mêmes rapports.

Aspects éthiques

Tous les patients approchés ont reçu une note d'information et donné un consentement oral de participation. Toutes les données concernant les patients et les médecins ont été rendues anonymes par l'attribution d'un numéro spécifique correspondant. Le traitement des données a été effectué à partir d'une base de données rendue anonyme. Seul l'investigateur principal de Suisse (Dr Pascal Gache) pourra accéder au fichier suisse de correspondance nom et numéro. Ce fichier est protégé par un code d'accès connu uniquement

par l'investigateur principal. Les patients étaient prévenus par voie d'affiche dans le cabinet de la présence de l'existence d l'étude (Annexes n°16a à c)

Organisation et calendrier

Le Dr Arabelle Rieder-Nakhle en lien avec le Dr Pascal Gache, investigateur principal, ont été les responsables opérationnels de ce projet. Ils ont assuré le déroulement du protocole et assumé ses tâches en lien avec le comité de pilotage constitué. La partie mise en place et suivi a été effectuée par une assistante de recherche, Madame Karine Micalizzi, psychologue alcoologue. L'ensemble du protocole français, belge et suisse était placé sous la coordination générale du Dr Philippe Michaud, Paris, initiateur et responsable du programme « Boire moins, c'est mieux » en France.

L'étude REPEX a duré 6 mois comprenant la mise en place, la formation des médecins, le recueil et la saisie des données sur la base commune. Les deux premiers mois (mai et juin 2003) ont permis de recruter les médecins volontaires pour participer à l'étude. La formation des médecins généralistes et des assistantes a eu lieu la première semaine de septembre 2003. L'étude à proprement parler s'est déroulée du 8 septembre au 17 novembre 2003 soit dix semaines (une semaine d'arrêt pendant les vacances scolaires d'octobre). (Annexe n°17)

Résultats

Constitution du groupe de médecins

A partir d'une liste de MIG constituée à partir du comité de pilotage, 196 médecins ont reçu un courrier les informant de la recherche. Parmi eux, 62 médecins ont été recontactés par téléphone. 22 médecins ont reçu la visite de l'assistante de recherche. Parmi eux, 12 ont accepté de participer (54%). Parmi les 40 médecins contactés uniquement par téléphone, 16 médecins ont accepté (40%). 4 médecins se sont manifestés spontanément pendant la constitution du groupe. Au total, 32 médecins ont accepté de participer et signé un contrat moral d'engagement.

Description du groupe de médecins

Un médecin n'a pas terminé l'étude en raison d'un déménagement professionnel. Les analyses statistiques ont donc été faites pour un groupe de 31 médecins (Annexe n°13).

Nous avons choisi de présenter les résultats sur des tableaux comparatifs avec les groupes français et belges.

Tableau 2 : description des médecins

Echantillons médecins	France	Belgique	Suisse
N	23	23	31
Âge moyen	44,2	44,2	48,1
Ancienneté d'installation	13,5	15,3	11,6
Cabinet seul	35%	69%	25,8%
Secrétaire au cabinet	65 %	26,1 %	100 %
Temps moyen de consultation (1/2j / semaine)	7,63	6,8	8,4
Dossiers informatisés	73,9%	60,9%	9,7 %

Par rapport aux homologues belges et français, les MIG sont un peu plus âgés, travaillent plus volontiers en cabinet et surtout ont tous une assistante médicale à leur cabinet.

Description des patients

Tableau 3 : description des patients

Echantillons patients	France	Belgique	Suisse
Patients vus	5 073	2 173	4 798
Patients éligibles	2 578	1 246	2 080
% Hommes / patients éligibles	41,1	50,4	36,7
Âge moyen des patients éligibles	45,8	47,1	49,5

Bien que travaillant un peu plus que leurs autres collègues, les MIG genevois ont vu un peu moins de patients que leurs collègues français. En revanche, ils ont vu beaucoup plus de patients que les médecins belges. Le pourcentage de patients éligibles est dans chaque site à peu près égal à la moitié des patients vus

Résultats des questionnaires

Tableau 4: Pourcentage de questionnaires positifs pour la consommation à risque et la dépendance

'prévalences' %		France		Belgique		Suisse	
		H	F	H	F	H	F
AUDIT	risque	19,7	3,9	20	11	17,9	8,5
	dépendance	13,1	1,5	10,6	4,9	7,1	1,7
QS	risque	19,2	3,9	18,5	11,8	16,2	11
	dépendance	4,8	0	14,5	2,5	8,1	1
FACE	risque	22,5	18,1	19	20	20,4	17,9
	dépendance	7,6	2,7	17,5	5,1	12	2,3

Les résultats des questionnaires se présentent de façon assez différente selon les questionnaires et selon les pays. Le questionnaire AUDIT donne des résultats oscillant entre 18 et 20% pour les consommateurs à risque hommes et entre 7% et 13% pour les dépendants. Le questionnaire FACE révèle des chiffres plus élevés que pour l'AUDIT aussi bien pour les consommateurs à risque que pour les dépendants.

Intensité du repérage

Tableau 5 : Intensité du repérage selon le questionnaire utilisé

questionnaires utilisables / patients éligibles (erreurs de score)	France %	Belgique %	Suisse %
FACE	87,1 (1,3)	95,0 (3,4)	88,8 (2)
AUDIT	41,8 (5,6)	74,3 (11,4)	74 (4,5)
AUDIT-QS	30,4 (9,6)	69,4 (12)	67,6 (8,5)

Les erreurs de score sont faibles avec FACE quel que soit le pays. Les questionnaires utilisables sont élevés pour FACE de façon homogène. C'est très différent pour l'AUDIT où les résultats sont très inhomogènes. Les médecins belges et suisses ont plutôt des scores élevés à la différence des médecins français. Les questionnaire de santé se révèlent porteurs du nombre le plus élevé d'erreurs de score.

Acceptabilité par les médecins

Tableau 6 : Acceptabilité des questionnaires par les médecins

Acceptabilité médecins	France (n=23)			Belgique(n=23)			Suisse(n=31)		
	FACE-AUDIT-QS			FACE-AUDIT-QS			FACE-AUDIT-QS		
Avec quelle méthode êtes vous le + à l'aise ?	18	5	0	14	6	7	21	10	3
Méthode préférée ?	17	4	1	13	4	4	18	8	4
Emploi durable possible ?	13	1	0	10	2	3	12	3	3
Une action de repérage systématique est-elle possible en routine ?									
%	Oui = 69,6 Oui mais = 4,3			Oui=60,9 Oui mais= 29,1			Oui= 74,2 Oui mais=22,6		

De manière identique, les médecins pensent que FACE est le questionnaire le plus acceptable. Les médecins suisses placent AUDIT comme un outsider sérieux. Ce n'est pas le cas pour les autres pays. A la question sur le caractère systématique du repérage, les MIG suisses sont les plus enthousiastes. Les médecins belges les moins alors que ce sont eux qui ont le plus fait de repérage.

Opinions des médecins

Tableau 7 : Opinion des médecins concernant l'acceptabilité des questionnaires

	France (N=23)	Belgique (N=23)	Genève (N=31)
Le questionnaire a presque toujours permis le dialogue	AUDIT 12 QS* 6 FACE 14	AUDIT 11 QS* 9 FACE 10	AUDIT 15 QS* 8 (p= 0,08) FACE 16
La cotation du questionnaire ne peut être réalisée en routine	AUDIT 8 QS* 9 FACE 1	AUDIT 2 QS* 6 FACE 1	AUDIT 11 QS* 8 (p=0,02) FACE 2
Mon repérage a été aussi complet que possible	AUDIT 6 QS* 5 FACE 17	AUDIT 16 QS* 13 FACE 15	AUDIT 26 QS* 16 (p=0,02) FACE 22
Les patients ont trouvé le questionnaire trop long	AUDIT 1 QS* 14 FACE 0	AUDIT 2 QS* 12 FACE 1	AUDIT 11 QS* 18 (p<10-4) FACE 1

Le QS permet moins le dialogue, a une cotation moins aisée, n'offre pas un repérage aussi complet que les deux autres questionnaires (différence significative). Par ailleurs, les médecins sont unanimes pour penser que les patients trouvent le QS trop long.

Opinions des patients

Tableau 8 : Opinion des patients concernant l'acceptabilité des questionnaires

Acceptabilité patients (n patients)	France			Belgique			Suisse		
	FACE-AUDIT-QS (161)	(103)	(81)	FACE-AUDIT-QS (82)	(70)	(59)	FACE-AUDIT-QS (253)	(227)	(151)
% patients gênés de répondre au questionnaire	5	13	4,2	8,5	2,9	5,1	2	4,4	3,4
% patients ayant parlé d'alcool grâce au questionnaire	49,7	68	64,4	40,2	56,5	51,9	55,2	49	37,8
% patients ayant reçu des conseils	96,2	32,6	33,8	26,3	38,1	34	35,5	32,1	23,3
% patients prêts à répondre une fois par an au questionnaire	78,1	89,9	92,5	94,9	98,4	96,5	92,8	87	89,7

Les patients ne sont pas gênés par le questionnaire à remplir et sont en général la moitié à penser que le questionnaire leur a permis de parler d'alcool. Une écrasante majorité accepterait de répondre à ce type de questionnaire une fois par an.

Comparaison des opinions des assistantes avec les médecins

Tableau 9 : Comparaison de l'opinion des assistantes et des médecins

Méthode préférée pour continuer de travailler	MEDECINS		ASSISTANTES	
	N	%	N	%
AUDIT	8	25,8	10	43,58
QS	4	12,9	7	30,5
FACE	18	58,1	6	26,1
FACE+AUDIT	1	3,2		
TOTAL	31	100	23	100

Les assistantes n'ont pas la même opinion que les médecins puisqu'elles adopteraient plus volontiers le questionnaire AUDIT pour poursuivre ce travail de repérage. Les assistantes n'ont été questionnées qu'en Suisse

Opinions des médecins sur la formation

Les médecins ont répondu à un questionnaire sur la formation reçue (Annexe n°14).

29 questionnaires ont pu être exploités (93%)

Les éléments importants de cette évaluation sont

Seulement 5 médecins (17,2%) déclarent porter plus d'intérêt aux problèmes d'alcool qu'à d'autres problèmes rencontrés en médecine générale. Ceci permet de penser que l'échantillon de MIG participant à l'étude n'était pas a priori trop sélectionné et déjà motivé aux problèmes d'alcool.

A la question « ce cours m'a appris des choses utiles pour ma pratique », le score moyen est 3.68 (échelle de 1 à 5).

A la question « je pourrai utiliser des éléments de ce cours dans ma pratique », le score moyen est 4.10 (échelle de 1 à 5).

L'indice globale de satisfaction de la formation est 7.69 (échelle de 0 à 10)

Plusieurs médecins ont mentionné qu'ils aimeraient continuer la formation sur les problèmes d'alcool.

Le message général des MIG participant a été de relever que le sujet de l'alcool pouvait être abordé plus facilement lorsqu'on disposait d'outils simples. Et qu'ils se sentaient plus à l'aise pour le faire à l'issue de la formation.

Discussion

Ce travail a permis de montrer que les MIG genevois mais aussi français et belges préfèrent pratiquer le repérage des problèmes d'alcool avec un questionnaire qu'ils peuvent délivrer eux-mêmes pendant l'entretien même si cet entretien n'a pas de rapport avec l'alcool. Le questionnaire FACE reste de façon congruente le questionnaire le plus apprécié par les MIG. A Genève où 100% des MIG disposent d'une assistante pour travailler, le questionnaire AUDIT apparaît aussi comme un questionnaire acceptable. Dans ce travail qui ne mesurait pas la validité d'un questionnaire mais bien son acceptabilité par les MIG dans leur pratique routinière, il est intéressant de noter la ressemblance des résultats à travers les pays et les systèmes de santé assez différents. Les médecins belges voient beaucoup moins de patients que les autres MIG. Les MIG voient un grand nombre de patients et sont peu aidés puisqu'une minorité dispose d'une assistante. Enfin parmi les résultats intéressants de ce travail, on relèvera que les patients ne sont pas gênés par la passation d'un questionnaire sur l'alcool et qu'ils seraient prêts dans leur écrasante majorité à passer ce questionnaire annuellement.

Les limites de ce travail sont liées avant tout au choix des questionnaires. On peut imaginer que d'autres questionnaires aient pu être utilisés. Soit des questionnaires plus courts ou des questionnaires administrés avec un support informatique. Les médecins participants ont été cooptés sur la base du volontariat et cela fausse également les résultats en terme d'intensité. On peut imaginer que des MIG pris au hasard n'auraient pas réalisé des chiffres aussi élevés. Enfin le fait d'avoir rémunéré MIG et assistantes a également introduit un biais dans les résultats et leur généralisation. On doit aussi mentionner les limites intrinsèques de DAME qui est une méthode de repérage qui en raison d'une sensibilité très haute surévalue le nombre de personnes classées consommateurs à risques et particulièrement chez les femmes. Chez ces dernières, un score à 4, considéré comme positif, doit être réexaminé attentivement par le médecin à la lumière de l'entretien clinique.

Peu de travaux se sont intéressés à l'acceptabilité des questionnaires de repérage des problèmes d'alcool en médecine générale. La plupart des questionnaires validés l'ont été dans des conditions de recherche assez éloignées de la pratique routinière d'un cabinet de médecine générale.

D'une façon générale, la présence de l'assistante élève le taux de repérage et ce quel que soit le pays. Ce résultat a déjà été montré par Carnegie et al. dans un travail australien de la phase III de l'étude OMS (Carnegie MA. et al., 1996). La présence d'assistantes formées renforce le taux d'acceptation des patients car l'information donnée par elles permet aux patients de mieux comprendre les buts du questionnaire. Sur un sujet aussi sensible que la consommation d'alcool c'est un point très important. Par ailleurs, dans une évaluation faite à la fin de la formation, les assistantes ont largement fait valoir l'intérêt pour elles d'être associées à ce type de recherche. On est donc dans un système triplement gagnant à la fois pour les patients, les médecins et les assistantes.

Même si les médecins ont plutôt choisi le questionnaire FACE, il apparaît utile lors d'une phase de généralisation de ces méthodes de proposer plusieurs d'entre elles, car si leur validité ne pose pas de problèmes, la passation des questionnaires en pratique routinière est corrélée à de nombreux facteurs liés au médecin lui-même (son orientation clinique, sa formation en alcoologie et sa relation avec l'alcool), à sa pratique (avec ou sans assistante), à son type de clientèle, à son ancienneté dans la médecine générale... Il paraît vain de vouloir imposer une méthode plus qu'une autre, il apparaît en revanche sain de faire valoir au cours d'une présentation didactique de ces méthodes les avantages et les inconvénients de chacune d'elles et de laisser le MIG choisir celle qui lui semblera le plus en adéquation avec sa pratique.

Bibliographie

1. Anderson P., M.Sc., & al: The AAPPQ Revisited: the measurement of general practitioners' attitudes to alcohol problems, *British Journal of Addiction*, 1987, 82, 753-759.
2. Anderson P, Kaner E, Wutzke S, Wensing M, Grol R, Heather N, Saunders J; Behalf of the World Health Organization Brief Intervention Study Group. Attitudes and management of alcohol problems in general practice: descriptive analysis based on findings of a world health organization international collaborative survey. *Alcohol Alcohol*. 2003; 38(6):597-601.
3. Arfaoui S., Dewost AV., Demortière G, Abesdris J, Abramovici F et Michaud P: Repérage précoce du risque alcool : Savoir faire FACE: *Rev Prat Méd Gén* 2004 ; 18(641) :201-206.
4. Batel P. : Alcoolodépendance, *La Revue du Praticien-Médecine Générale*, 2000, 14, pp. 1547-1561
5. Bouix JC, Gache P., Rueff B et Huas D: Parler d'alcool reste un sujet tabou. *Rev Prat Med Gen*, 2002 ; 16(588) :1488-1492.
6. Carnegie MA, Gomel MK, Saunders JB, Britt H, Burns L. General practice receptionists' attitudes and beliefs towards preventive medicine before and after training and support interventions. *Fam Pract*. 1996 Dec;13(6):504-10.
7. Chan A.W.K, Pristach.E .A, et al: Use of the TWEAK Test in screening foe alcoholism/heavy drinking in three populations. *Alcoholism: Clin, Exp, Res*, 1993, 17, 6, 1188-1192.
8. Daepfen JB, Yersin B, Landry U Pécoud A, Decrey H: Reliability and validity of the alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) Imbedded within a general health risk screening questionnaire: Results of a survey in 332 primary care patients. *Alcoolisme : Clin, Exp, Res*, 2000, 24, 5, pp 659-665.
9. Gaignard J-Y., Kiritze-Topor P. : *L'alcoolologie en pratique quotidienne*, Lippa Santé, Lyon : éd. 1995, pp 77-78 et 98-9
10. Gache P, Michaud P, Landry U, Accietto C, Arfaoui S, Bernstein M and Daepfen JB. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version. Publication soumise à *Alcoholism Clinical*

and Experimental Research.

11. Heather N., : WHO phase IV collaborative project on implementing country-wide early identification and brief intervention strategies in primary health care, 1998
12. Huas D., Allemand H., Loiseau D., Pessione F., Rueff B. : Prévalence du risque et des maladies liés à l'alcool dans la clientèle adulte du généraliste. *La Revue du Praticien-Médecine Générale*, 1993, 7, pp 39-44.
13. Huas D., Darne B, Rueff B.,Lombrail P., Leblanc B. : « Malades alcooliques » et consultations de médecine générale : Prévalence et détection. *Le Revue du Praticien-Médecine Générale*,1990, 81, pp 45-49.
14. Issacson J.H., Butler R., Zacharek M., Tzelpis A. : Screening with Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in an inner-city Population. *Journal of General Internal Medicine*, 1994, 9, pp. 550-553
15. 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 Organization collaborative study. *J Stud Alcohol*. 2001 Sep;62(5):621-7
16. Kitchen J.M. : Does this patient have an alcohol problem ? *JAMA*, 1994 , 272, pp. 1782-1787.
17. Mayfield D., McLeod G., Hall P. : The CAGE questionnaire : validation of a new alcoholism screening, instrument. *American Journal of Psychiatry*, 1974, 131, pp. 1121-1123.
18. Michaud P., *Boire moins c'est mieux*, Un plan de diffusion du repérage et de l'intervention brève auprès des buveurs à risque en région Ile de France. Oct. 1999.
19. Samuel R., Michaud P. : Attitudes et opinions du médecin généraliste à l'égard du risque alcool. Une approche qualitative. *Pratiques médicales et thérapeutiques*, à paraître mai 2002.
20. Selzer M. The Michigan Alcoholism Screening Test (MAST). *Am J Psychiatry* 1971; 127(12): 89-94.

21. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De La Fuente JR, Grant M: Development of the alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction* 1993b, 88 : 791-804.
22. Skinner HA, Holt S. Early intervention for alcohol problems. *J R Coll Gen Pract.* 1983 Dec;33(257):787-91.
23. Stewart D.W. & Shamdasani P.N.1990. *Focus Groups: Theory and Practice.* Sage, Newbury Park, California.

Annexes

Annexe 1 : questionnaire MAST

Annexe 2 : questionnaire CAGE

Annexe 3 : questionnaire AUDIT

Annexe 4 : questionnaire de santé

Annexe 5 : questionnaire DAME/FACE

Annexe 6 : cahier de bord

Annexe 7 : questionnaires médecins

Annexe 8 : questionnaire AAPQ

Annexe 9 : questionnaires patients

Annexe 10 : lettre invitation pour MIG

Annexe 11 : contrat de prestations

Annexe 12 : jeu de rôle formation

Annexe 13 : liste des médecins participants

Annexe 14 : questionnaire évaluation de la formation

Annexe 15 : brochure Repex

Annexe 16 : Affiches

Annexe 17 : calendrier de l'étude

Annexe 18 : budget