

# Attitudes des patients suivis en médecine générale vis-à-vis des risques alcool et tabac : travail de thèse réalisé à partir des données françaises de l'étude EUROPREVIEW

M. Charpentier

#### ▶ To cite this version:

M. Charpentier. Attitudes des patients suivis en médecine générale vis-à-vis des risques alcool et tabac: travail de thèse réalisé à partir des données françaises de l'étude EUROPREVIEW. Médecine humaine et pathologie. 2011. dumas-00619186

### HAL Id: dumas-00619186 https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00619186

Submitted on 5 Sep 2011

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année 2011 – Thèse n°....

## ATTITUDES DES PATIENTS SUIVIS EN MÉDECINE GÉNÉRALE VIS-A-VIS DES RISQUES ALCOOL ET TABAC

Travail de thèse réalisé à partir des données françaises

De l'étude EUROPREVIEW

## **THÈSE**

#### PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE DIPLOME D'ÉTAT

Par Marie CHARPENTIER
Née le 22 janvier 1983 à Reims

Thèse soutenue publiquement à la faculté de médecine de Grenoble, le 22 avril 2011

Devant le jury composé de :

Président du Jury: Monsieur le Pr Christophe PISON

Membres du Jury:

Monsieur le Pr Maurice DEMATTEIS

Monsieur le Dr Bertrand NALPAS, Directeur de Recherche Clinique

Monsieur le Pr Patrick IMBERT

Monsieur le Dr Philippe HAUZANNEAU, Directeur de thèse

#### Attitudes des patients suivis en médecine générale vis-à-vis des risques alcool et tabac -

Travail de thèse réalisé à partir des données françaises de l'étude EUROPREVIEW

#### Résumé:

Tabagisme et mésusage d'alcool sont des priorités de santé publique accessibles à des actions préventives en médecine générale. Nous avons étudié les réponses des 327 patients français à l'auto-questionnaire de l'étude EUROPREVIEW concernant leurs consommations d'alcool et de tabac. Les consommateurs d'alcool ont été séparés en 2 groupes : non à risque (DETA1) et à risque (DETA2).

Parmi ces 327 patients, 88 (26,9 %) fumaient; 96 (29,4 %) étaient abstinents d'alcool, 208 (63,6 %) étaient DETA1, 23 (7,0 %) étaient DETA2.

Le besoin de réduction du risque était plus grand pour les fumeurs que pour les DETA1+2 (p<0,0001), pour les DETA2 que les DETA1 (p<0,0001), pour les fumeurs que les DETA2 (p<0,01).

La perspective de changement était plus grande stade pour les fumeurs que pour les DETA1+2 (p<0,0001), pour les DETA2 que les DETA1 (p<0,0001), identique entre fumeurs et DETA2 (p=0,13).

Le sentiment d'aptitude au changement était meilleur chez les fumeurs que chez les DETA1+2 (p<0,005), superposable entre DETA1 et 2 (p=0,06) et entre DETA2 et fumeurs (p=0,87).

La demande de soutien par le médecin était plus forte pour les fumeurs que pour les DETA1+2 (p<0,0001), pour les DETA2 que les DETA1 (p<0,001), identique entre DETA2 et fumeurs (p=0,09).

Les patients préféraient le conseil individuel. Les médecins avaient plus informé les fumeurs que les DETA1+2 (p<0,0001), les DETA2 que les DETA1 (p<0,01), et autant DETA2 et fumeurs (p=0,08).

A l'inverse du risque lié au tabac, le mésusage d'alcool est mal identifié par les patients et les médecins. Le médecin doit être conscient de ce risque et combattre ses propres résistances afin de proposer aux patients une action préventive d'efficacité validée.

#### Mots-clés:

PREVENTION - ATTITUDES - PATIENTS - TABAC - ALCOOL - MESUSAGE - MEDECINE GENERALE

## General Practice patients' attitudes towards the risks associated with alcohol and tobacco usage – Thesis work realized through the EUROPREVIEW Survey French data

#### **Summary:**

Tobacco and alcohol abuse are public health priorities that would benefit from preventative action on the part of general practitioners (GPs). We evaluated the alcohol and tobacco usage of 327 (out of an expected 400) French patients through the EUROPREVIEW survey. Alcohol consumers were divided into 2 groups: not at risk (DETA1) and at risk (DETA2).

Among these 327 patients, 88 (26.9%) smoked; 96 (29.4%) were abstinent from alcohol, 208 (63.6%) were DETA1, 23 (7.0%) were DETA2.

The need for risk reduction was higher for smokers than for DETA1+2 (p < 0.0001), for DETA2 than DETA1 (p < 0.0001) and for smokers than DETA2 (p < 0.01).

The stage in readiness to change consumption was further for smokers than for DETA1+2 (p < 0.0001), for DETA2 than DETA1 (p < 0.0001) and similar between smokers and DETA2 (p = 0.13).

Feelings of personal efficiency were stronger for smokers than for DETA1+2 (p < 0.005), not significantly different between DETA1 and 2 (p = 0.06) and DETA2 and smokers (p = 0.87).

The request for GP support was higher for smokers than for DETA1+2 (p < 0.0001), for DETA2 than DETA1 (p < 0.001), identical between DETA2 and smokers (p = 0.09).

Patients preferred individual counseling. GPs gave information to smokers more than to DETA1+2 (p < 0.0001), to DETA2 more than to DETA1 (p < 0.01), and DETA2 and smokers were equally informed (p = 0.08).

Unlike the risk associated with tobacco consumption, alcohol abuse is poorly identified by both patients and physicians. GPs must be made aware of this risk and have to overcome their own resistances in order to provide patients with the necessary and scientifically valid preventative action.

#### **Keywords:**

PREVENTION - ATTITUDES - PATIENTS - TOBACCO - ALCOHOL - ABUSE - GENERAL PRACTICE

#### REMERCIEMENTS

#### A Monsieur le Pr Christophe PISON,

D'avoir accepté de présider ce jury, Veuillez croire en ma reconnaissance et mon respect.

#### A Monsieur le Pr Maurice DEMATTEIS,

D'avoir accepté de faire partie de ce jury, Je vous prie d'agréer toute ma gratitude.

#### A Monsieur le Dr Bertrand NALPAS,

D'avoir accepté de faire partie de ce jury, De m'avoir accordé votre temps et votre expertise, Je vous suis reconnaissante.

#### A Monsieur le Pr Patrick IMBERT,

Pour avoir accepté de faire partie de ce jury, Veuillez trouver ici l'expression de ma respectueuse considération.

#### A Monsieur le Dr Philippe HAUZANNEAU,

Pour avoir accepté de diriger ma thèse, Pour m'avoir fait découvrir ce merveilleux métier,

Pour m'avoir transmis un peu de ton savoir-faire et de ton savoir-être auprès des patients, Et pour ton amitié,

Je te suis reconnaissante.

#### A Messieurs les Drs Didier DUHOT et Gilles HEBBRECHT,

Pour m'avoir permis de participer à ce travail,

Pour m'avoir fait rencontrer des médecins passionnés et passionnants de toute l'Europe, Pour votre grande disponibilité quand j'avais besoin de votre aide,

Pour m'avoir permis de valoriser mon travail lors des Congrès de Médecine Générale, Je vous prie d'accepter mes remerciements les plus sincères.

#### A Carlos BROTONS, Dan WILDE, et les médecins du réseau EUROPREV,

Pour le travail passionnant que vous faîtes depuis des années, Pour m'avoir autorisée à participer à l'étude en France et à en exploiter les données, Je vous prie d'accepter ma profonde sympathie et mes remerciements.

#### Aux médecins et aux patients qui ont accepté de participer à l'étude,

Pour tout le temps accordé à ce travail, Je vous suis reconnaissante.

#### A Vincent,

Pour ton amour sincère et sans faille, Pour avoir toujours cru en nous, Pour le bonheur que tu me donnes, Pour tout ce que nous partageons, Pour notre petite « Pétrolette », Je te remercie du fond du cœur et je t'aime.

#### A mes parents,

Pour tous ces souvenirs d'enfance que vous nous avez donnés, Pour nous avoir éduqués avec bienveillance, pour votre amour, Pour m'avoir soutenue depuis le début, Pour les innombrables coups de main, Merci.

#### A mes sœurs Lucile et Adèle, à mon frère Simon,

Parce que c'est ensemble que nous avons grandi, Parce que vous êtes une partie de moi, Parce que même si parfois nous sommes loin, rien ne peut nous éloigner vraiment, Parce que vous avez toujours été présents quand j'avais besoin, Merci.

#### A mes grands-parents, Mamie Michelle, Papi Michel, Mamie Anne-Marie, Papi Joseph,

Pour ces vacances passées chez vous, Pour votre amour et toutes vos pensées affectueuses malgré la distance, Je vous remercie.

Je vous souhaite une longue route en bonne santé.

#### A mon parrain Manu, à ma filleule Emilie, à ma marraine Agnès,

Pour ces souvenirs en Champagne, en Bretagne et au ski, et pour ceux à venir, merci.

#### A ma grande famille, oncles, tantes, cousins et cousines,

Je vous remercie pour tous ces bons moments.

#### A ma belle-famille, Anne, Yannick, Marie-Laure, Christian, Romain, Marie-Rose et Thérèse.

Merci de m'avoir accueillie si chaleureusement parmi vous.

#### A ceux qui ne sont plus là,

Mémère Raymonde, Mémère Jacqueline, Pierre et Yvonne, Moumy, Tatie, Merci pour tous les moments passés à vos côtés, je ne vous oublierai pas.

#### A mes amis d'enfance,

Sylvie, Amélie, Clotilde, Katie, Andrea, Claudie, Marion, Fanny, et les autres... Le temps passe mais c'est toujours un grand plaisir de vous revoir.

#### Aux amis que j'ai connus plus tard,

Magaly, Pascal, Laure, Philippe, Nathalie, Laurent, Nathalie, merci d'avoir été présents quand nous avions besoin de vous. Votre amitié nous a touchés. Et viva la salsa...

Séverine, Cécile, Karine, Manon, Laurence, Elise, Marie, Eléa, Joëlle, Sylvain, Raïs, Jessica, et les autres, merci pour votre accueil dans le Val-de-Marne. J'espère que nos chemins se croiseront à nouveau. Bonne route...

Franck, Clément, Jojo, Maud, Coco, Julien, Manu, Nadège, Brieuc, Jeff, Aurélie L., Aurélie B., Félicie, Cathie, Martin, Stiloo, Mehmet, Béré, Grégoire, Mathilde, Lydie, Lulu, les dindes du A5, Céline, Cécile et Claire, l'équipe du B7, et les autres... Pour tous ces bons moments passés ensemble, pour notre amitié, merci.

Camille, Jeff, Christophe, Cynthia, Cédric, Karine, Gaël, Ben, merci pour votre amitié. Je vous souhaite le plus grand bonheur.

Anne, tu m'as beaucoup apporté, professionnellement et humainement. Merci pour ton amitié, à notre prochaine collaboration. Reste la même, je te souhaite le meilleur.

Pascal et Marie-Cécile, merci de me faire confiance.

Aux filles du basket, merci pour votre accueil, j'espère bien revenir...

## A tous les médecins, infirmiers(ères), aides-soignants(es), et autres professionnels de santé que j'ai rencontrés durant mes études,

Vous m'avez permis d'enrichir mes connaissances et mon expérience, d'apprendre humainement mon métier, au contact des patients,

Je vous en remercie.

#### A tous ceux que j'aurais oubliés,

Qu'ils m'en excusent...

## TABLE DES MATIÈRES

TABLE	DES ILLUSTRATIONS	3
1 <i>I</i> N	ITRODUCTION	4
2 0	BJECTIF PRINCIPAL ET QUESTION POSÉE	5
2.1	Objectif principal	5
2.2	Question posée	5
3 M	ATÉRIELS ET MÉTHODES	6
3.1	Type d'étude	
3.2	Population étudiée	6
_	2.1 Recrutement des cabinets médicaux en France	6
3.2	2.2 Critères d'inclusion des patients	6
3.3	Modalités du recueil des données	
	3.1 L'auto-questionnaire patients	
	3.2 Le questionnaire cabinet	
3.4	Stockage des données	7
3.5	Contrôle qualité	7
3.6	Analyses statistiques	7
_	5.1 Taille de l'échantillon	
_	5.2 Groupes étudiés	
_	5.3 Analyses statistiques 5.4 Données analysées	8 9
	,	
3.7 3.8	Éthique  Travail de thèse	9 9
	ÉSULTATS	
4.1	Caractéristiques des cabinets médicaux	
4.1	Caractéristiques sociodémographiques des patients	
4.3	Statut des patients vis-à-vis de l'alcool et du tabac	
	3.1 Statut tabagique des patients (fig. 1-4)	
	3.3 Typologie de la consommation d'alcool (tab. 5 ; fig. 7)	10 17
	3.4 Typologie croisée des consommations d'alcool et de tabac (tab. 6 ; fig. 8-9)	
4.4	Positionnement des patients face aux risques alcool et tabac	19
	4.1 Perception des risques alcool et tabac par les patients	
4.4	4.2 Besoin ressenti de réduction des risques alcool et tabac	21
4.4	4.3 Motivation au changement	22
4.5	Comparaison des scores de perception des risques alcool et tabac	
	5.1 Comparaison des scores « alcool » et « tabac »	
/1 /	5.2 Comparaison des « scores alcool » selon le type de consommation	28

4.6	Attentes des patients pour une aide à la réduction de leur consommation d'alcool ou	de
taba		29
4.6		_ 29
4.6	.2 Type de soutien souhaité par les patients (tab. 7)	_ 30
4.6		
géı	néraliste (fig. 27-28)	_ 31
5 DI	SCUSSION	_ <b>3</b> 3
5.1	Comparaison des attitudes des patients suivis en médecine générale à propos des	
	es perçus alcool et tabac	. 33
5.1		
5.1	.2 Des attitudes différentes pour les consommateurs d'alcool selon le risque perçu	_ 34
5.2	Comparaison des attentes des patients suivis en médecine générale pour réduire les	
risqu	es alcool et tabac	35
5.2	.1 Faible demande des consommateurs d'alcool versus légitimité des médecins	_ _ 35
5.2		
5.3	Limites de ce travail	38
5.3		_ 38
5.3		
6 CC	ONCLUSION	39
7 BI	BLIOGRAPHIE	_40
8 AN	INEXES	_43
8.1	Annexe 1 : auto-questionnaire patient	43
8.2	Annexe 2 : questionnaire-cabinet	49
8.3	Annexe 3 : Liste des pays participants	50
SERME	NT D'HIPPOCRATE	51

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 - Statut tabagique des patients	14
Figure 2 - Statut tabagique des patients selon le sexe	14
Figure 3 - Nombre de cigarettes ou cigares fumés par jour par les fumeurs	15
Figure 4 - Nombre de cigarettes quotidiennes selon le sexe des fumeurs	15
Figure 5 - Fréquence de la consommation d'alcool (bière, vin, spiritueux) par les patients	16
Figure 6 - Consommation déclarée d'alcool pour "un jour normal"	16
Figure 7 – Typologie de la consommation : pourcentages par genre et tranche d'âge	18
Figure 8 – Typologie de la consommation d'alcool selon le statut tabagique	18
Figure 9 - Statut tabagique selon le groupe DETA d'appartenance	
Figure 10 - Perception des risques alcool et tabac par les patients	20
Figure 11 - Perception du risque alcool selon le type de consommation	20
Figure 12 - Besoin ressenti de réduction des risques alcool et tabac pour les consommateurs	21
Figure 13 - Besoin ressenti de réduction du risque alcool selon le groupe DETA	22
Figure 14 - Besoin ressenti de réduction du risque alcool par les patients DETA2 fumeurs	
Figure 15 – Perspective de changement pour les consommateurs d'alcool et de tabac	23
Figure 16 – Perspective de changement pour les consommateurs d'alcool selon le groupe DETA	
Figure 17 - Perspective de réduction de la consommation d'alcool pour les DETA2 fumeurs	_ 24
Figure 18 - Sentiment de capacité au changement pour les consommateurs d'alcool et de tabac	25
Figure 19 - Sentiment de capacité au changement pour les consommateurs d'alcool selon le groupe DETA	25
Figure 20 - Sentiment de capacité à la réduction de la consommation d'alcool pour les DETA2 fumeurs	_ 26
Figure 21 - Répartition des consommateurs d'alcool selon leur "score alcool"	_ 27
Figure 22 - Répartition des fumeurs selon leur "score tabac"	_ 27
Figure 23 - Répartition des patients selon leur "score alcool" et selon leur consommation	_ 28
Figure 24 - Soutien par le médecin généraliste attendu par les patients	_ 29
Figure 25 - Soutien attendu pour réduire le risque alcool selon le groupe DETA	30
Figure 26 - Soutien attendu par les patients DETA2 fumeurs pour réduire le risque alcool	30
Figure 27 - Informations relatives aux consommations d'alcool et de tabac délivrées par le médecin généraliste _	31
Figure 28 - Information délivrée par le médecin traitant selon le groupe DETA	_ 32
Tableau 1 - Réponses aux questionnaires cabinets	11
Tableau 2 - Médecins spécialistes de la structure médicale	12
Tableau 3 - Autres professionnels de santé de la structure médicale	12
Tableau 4 - Caractéristiques sociodémographiques des patients	13
Tableau 5 – Typologie de la consommation : répartition par genre et tranche d'âge	17
Tableau 6 - Typologie croisée des consommations d'alcool et de tabac	18
Tableau 7 - Type de soutien souhaité par les patients	31

#### 1 INTRODUCTION

La WONCA Europe (représentant européen de la World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) (1) travaille depuis plusieurs années à la formulation d'une nouvelle stratégie européenne de prévention des maladies et de promotion de la santé.

Dans ce contexte, le réseau de prévention européen EUROPREV (2) a mis en place en juillet 2008 l'étude multicentrique et multithématique EUROPREVIEW (3) (4), dans 22 pays européens. Ce travail avait pour objectif d'étudier les points de vue des patients vis-à-vis des actions de prévention des maladies et de promotion de la santé proposées en médecine générale, en particulier en termes de conseils hygiéno-diététiques (surpoids, exercice physique, alimentation, diabète, dyslipidémie), de consommations à risque (tabac, alcool), et de dépistage des cancers du sein et cancers du col de l'utérus. La SFMG (Société Française de Médecine Générale) (5) a coordonné l'étude pour la France de décembre 2008 à janvier 2010.

L'alcool (6) (7) et le tabac (8) sont des substances dont la consommation est directement et indirectement corrélée à un surcroît de morbi-mortalité par maladies et accidents (9) ; ce sont indiscutablement des enjeux de santé publique.

En France, plus de quatre hommes sur dix et plus d'une femme sur dix ont une consommation d'alcool excessive (10); un consultant sur cinq en médecine générale présente une consommation à risque (11). La mortalité imputable à l'alcoolisation aiguë ou chronique représente entre 40 000 et 50 000 morts par an, soit près de 10 % de la mortalité globale, et met en jeu un coût social et financier largement supérieur aux bénéfices liés à la production et à la commercialisation de l'alcool (11).

De même, le tabac tue chaque année 66 000 fumeurs et 5 000 non-fumeurs (8), avec des répercussions sanitaires et économiques majeures. Un fumeur régulier sur deux meurt du tabac (8). Malgré un durcissement progressif de la législation (8) et la mise en œuvre de mesures d'incitation au sevrage tabagique (12), plus de 30 % des patients suivis en médecine générale fument (13).

La WONCA (1) a formulé en 2005 une nouvelle définition de la médecine générale. Les onze caractéristiques de la discipline (premier contact avec le système de soins, coordination des soins, approche centrée sur la personne, relation médecin-malade inscrite dans la durée, soins continus et longitudinaux, décisions guidées par la prévalence et l'incidence des maladies dans la communauté, gestion simultanée des problèmes aigus et chroniques, détection des affections à un stade précoce et indifférencié, promotion de la santé et du bien-être, responsabilité de santé communautaire, prise en charge globale du patient), font du médecin généraliste l'interlocuteur privilégié (14) (15) pour rencontrer les patients qui sont exposés à un mésusage d'alcool ou au tabagisme, et pour leur proposer des interventions de repérage et d'information dont l'efficacité est prouvée (16) (17).

Pourtant, les thèmes alcool et tabac sont insuffisamment abordés en consultation (18), par manque de temps, résistance du patient ou du médecin (19), manque de formation sur les modalités de prise en charge (20), revendication d'une rémunération spécifique pour les actes de prévention, et scepticisme des médecins quant à l'efficacité de leur action (17) (19).

Afin de réduire les résistances des patients et des médecins généralistes, il semble primordial de renforcer le dialogue, d'être à l'écoute des attentes des patients pour pouvoir leur apporter une aide adaptée à leur demande (21) (22).

Nous avons décidé de consacrer notre travail de thèse à l'analyse des réponses aux questions des patients français suivis en médecine générale, concernant les risques alcool et tabac.

## 2 OBJECTIF PRINCIPAL ET QUESTION POSÉE

#### 2.1 Objectif principal

Etudier la perception des risques liés aux consommations d'alcool et de tabac, le souhait de réduction ou d'arrêt de ces consommations, et le type d'aide attendue, par les patients français suivis en médecine générale.

#### 2.2 Question posée

Le patient suivi en médecine générale a-t-il les mêmes attitudes et attentes vis-à-vis des risques liés à l'alcool et de ceux liés au tabac ?

#### 3 MATÉRIELS ET MÉTHODES

#### 3.1 Type d'étude

L'étude EUROPREVIEW (3) (4), initiée et coordonnée par l'association EUROPREV (2), est une étude transversale, multicentrique, et multithématique, par auto-questionnaire, qui a été menée auprès de 7947 patients, recrutés dans 220 centres médicaux, au sein de 22 pays européens, selon des modalités similaires (23), de juillet 2008 à mai 2010. Son objectif était d'étudier les attentes et représentations des patients suivis en médecine générale en Europe, concernant la promotion de la santé et la prévention des maladies.

La SFMG (5) a été sollicitée pour assurer la branche française de cette recherche.

Ce travail utilise une partie des données françaises recueillies selon le protocole déposé par EUROPREV pour cette étude (23). Pour répondre aux objectifs de la thèse, nous avons étudié les réponses aux questions concernant la gestion des risques alcool et tabac par les patients français. Notre participation concrète au recueil et à l'analyse des données est décrite infra.

Les matériels et méthodes présentés ici reflètent les conditions de réalisation de cette étude en France.

#### 3.2 Population étudiée

#### 3.2.1 Recrutement des cabinets médicaux en France

La SFMG a effectué un appel à candidature par courrier électronique auprès de ses adhérents. Parmi les vingt candidats à l'étude, dix cabinets médicaux ont été sélectionnés par la SFMG selon :

- Des critères pratiques : cabinets regroupant plusieurs médecins ou disposant d'une tierce personne pour superviser le remplissage des auto-questionnaires par les patients ;
- Le type d'exercice : rural, semi-rural, ou urbain. La répartition en ces différentes catégories a été réalisée à l'aide du code officiel géographique de l'INSEE des communes (24).

#### 3.2.2 Critères d'inclusion des patients

Chaque cabinet médical participant devait inclure 40 patients âgés de 30 à 70 ans :

- 10 femmes et 10 hommes de 30 à 49 ans (bornes incluses),
- 10 femmes et 10 hommes de 50 à 70 ans (bornes incluses),

Les effectifs par groupe étaient obligatoirement de 10, sans possibilité de remplacer un patient d'une tranche d'âge donnée par un patient d'une autre tranche d'âge.

Tout patient éligible (âgé de 30 à 70 ans) pouvait être inclus à n'importe quel moment (le plus souvent lors d'une venue en consultation), et ce jusqu'à épuisement des questionnaires du groupe d'âge et de sexe auquel il appartenait. La seule contrainte était que le patient comprenne les questions de l'auto-questionnaire.

#### 3.3 Modalités du recueil des données

Le recueil des données s'est déroulé de décembre 2008 à septembre 2009 au sein des 10 cabinets médicaux sélectionnés. Un patient considéré éligible pour participer à l'étude :

- Recevait une information orale et écrite sur l'étude,
- Devait renseigner et signer un formulaire de consentement,
- Puis devait remplir seul un auto-questionnaire, si possible avec supervision par une tierce personne pour l'aider en cas de difficultés de compréhension des questions.

Les données étaient anonymes, et les patients étaient identifiés à l'aide de codes non signifiants.

#### **3.3.1** L'auto-questionnaire patients (cf. Annexe 8.1)

Le questionnaire a été traduit et adapté culturellement de l'anglais. Afin de vérifier la validité et la persistance des concepts, une double traduction a été effectuée, puis la version ainsi obtenue a été comparée avec la version originale.

Le questionnaire était composé de plusieurs parties :

- Première partie : données démographiques et cliniques (10 questions).
- Seconde partie : mode de vie des patients (13 questions).
- Troisième partie : points de vue des patients concernant la promotion de la santé et la prévention des maladies (5 questions).
- Quatrième partie : soins apportés ou prévus par le médecin (2 questions).
- Cinquième partie : 5 questions additionnelles, propres au questionnaire français : attitudes et connaissances des patients sur l'hypertension artérielle, la dyslipidémie et les règles hygiénodiététiques.

#### **3.3.2** Le questionnaire cabinet (cf. Annexe 8.2)

Un questionnaire de 10 questions a également été envoyé à tous les cabinets médicaux, afin d'en déterminer les caractéristiques.

#### 3.4 Stockage des données

Le site web <u>europreview.org</u> a été créé sur mesure pour la saisie et le stockage des données en Catalogne (Espagne). Chaque patient y était identifié par un code à 12 chiffres, correspondant au pays, au centre médical, à l'investigateur, et enfin au patient.

#### 3.5 Contrôle qualité

Un contrôle qualité des données a été effectué par EUROPREV d'octobre 2009 à janvier 2010.

- Les questionnaires qui contenaient des données contradictoires ont été repérés dans la base de données. Un contrôle a été effectué afin de vérifier si l'incohérence était causée par une erreur lors de la saisie dans la base, ou si le patient lui-même avait répondu de manière incohérente.
- Les questionnaires avec plus de 25 % de données manquantes ont également été contrôlés.
- Enfin 5 % des questionnaires ont été contrôlés dans leur totalité après tirage au sort.

Le contrôle qualité n'a pas montré de défaut significatif lors de la saisie manuelle des données dans la base, et les analyses ont donc pu être effectuées.

#### 3.6 Analyses statistiques

#### 3.6.1 Taille de l'échantillon

La revue de la littérature réalisée pour l'écriture du protocole de l'étude EUROPREVIEW (23) a permis de déterminer la taille de l'échantillon nécessaire pour obtenir un échantillon représentatif (précision d'au moins 5 %, indice de confiance de 95 %) (25) ; il a été fixé à 400 patients dans chaque pays.

#### 3.6.2 Groupes étudiés

Pour étudier la perception et la gestion du « risque tabac », nous avons tenu compte des réponses des patients fumeurs. Les non-fumeurs ont été exclus.

En ce qui concerne la perception et la gestion du « risque alcool », nous avons tenu compte des réponses des consommateurs d'alcool, même occasionnels, et exclu les abstinents. Nous avons d'abord étudié les réponses de tous les consommateurs d'alcool confondus, quel que soit leur type de consommation.

Nous avons, à l'aide des questions de repérage de la consommation d'alcool à risque issues des questionnaires DETA, FACE et AUDIT (questions II.8, II.9, II.10, II.11, cf. Annexe 8.1), séparé les consommateurs d'alcool en 2 groupes :

- <u>DETA1</u>: 0 ou 1 réponse positive aux questions de repérage : groupe des patients avec une consommation considérée comme **non à risque**.
- <u>DETA2</u>: 2 réponses positives ou plus : groupe des patients avec une consommation à risque.

Nous avons ensuite étudié séparément, les réponses de ces deux groupes de patients, aux questions concernant la perception et la gestion du « risque alcool ».

#### 3.6.3 Analyses statistiques

Les variables continues et catégorielles ont été analysées par calcul de moyennes et de pourcentages. Des tableaux de contingences, tests du Chi-deux, et tests de Fischer ont été utilisés pour étudier les liens entre des variables qualitatives, avec une valeur de p<0,05 considérée comme statistiquement significative. Lorsque cela était nécessaire, nous avons regroupé des variables catégorielles de signification proche, afin d'obtenir une binarité permettant de comparer l'influence d'autres variables nominales à l'aide de tests du Chi-deux ou de Fischer.

Afin d'obtenir un reflet global du positionnement des patients face aux risques alcool et tabac, nous avons établi des scores « alcool » et « tabac » à partir de l'ensemble des réponses qu'ils avaient données aux questions concernant leurs attitudes face à ces risques.

Le « score alcool » a été calculé à partir des réponses aux questions suivantes :

- III.1.e : Pour votre santé, quelle importance accordez-vous au fait de boire modérément ou de ne pas boire du tout d'alcool ?
- III.2A.e: Pensez-vous que vous avez besoin de réduire votre consommation d'alcool?
- III.3A.e: Pensez-vous changer votre consommation d'alcool?
- III.4A.e: Jusqu'à quel point pensez-vous pouvoir réduire votre consommation d'alcool?

Les réponses aux questions ont été notées de 0 à 3, la note minimale étant attribuée aux réponses avec le moindre degré de perception du risque alcool, et la note maximale étant attribuée aux réponses qui indiquaient la meilleure perception du risque alcool. Quand le nombre total de réponses différait de 4, des coefficients ont été appliqués pour que chaque question ait le même poids dans le calcul du score. La note obtenue sur 16 a ensuite été divisée par 16 et multipliée par 100 pour obtenir une échelle de score allant de 0 (absence de perception du risque alcool, aucune volonté de réduction de la consommation) à 100 (perception maximale du risque alcool, volonté de réduction).

Le « score tabac » a été calculé à partir des réponses aux questions suivantes :

- III.1.d: Pour votre santé, quelle importance accordez-vous au fait de ne pas fumer?
- III.2A.d : Pensez-vous que vous avez besoin d'arrêter de fumer ?
- III.3A.d: Pensez-vous changer votre consommation de tabac?
- III.4A.d : Jusqu'à quel point pensez-vous pouvoir arrêter de fumer ?

De même, les réponses aux questions ont été notées de 0 à 3, la note minimale étant attribuée aux réponses avec le moindre degré de perception du risque tabac, et la note maximale étant attribuée aux réponses qui indiquaient la meilleure perception du risque tabac. Quand le nombre total de réponses différait de 4, des coefficients ont été appliqués pour que chaque question ait le même poids dans le calcul du score. La note obtenue sur 16 a ensuite été divisée par 16 et multipliée par 100 pour obtenir une échelle de score allant de 0 (absence de perception du risque tabac, aucune volonté de changement) à 100 (perception maximale du risque tabac, et volonté de sevrage).

Nous avons ensuite présenté, sous la forme d'histogrammes (cf. figures 21, 22 et 23), la répartition des patients en pourcentage selon leur score, dans chaque tranche de dizaine. Lorsque la répartition des patients était gaussienne, nous avons indiqué la moyenne du score obtenu pour la population étudiée, avec la déviation-standard (DS). Lorsque la répartition était non gaussienne, nous avons indiqué la médiane, avec l'écart inter-quartile (EIQ).

Ces analyses ont été réalisées avec les logiciels EXCEL et STATVIEW.

#### 3.6.4 Données analysées

#### **3.6.4.1 Données de l'auto-questionnaire patients** (cf. Annexe 8.1)

Les questions I.1, I.2, I.3, I.4, I.5, I.6, et I.7 concernaient les données sociodémographiques.

Les questions II.3, II.4, II.5 concernaient le statut tabagique. Les questions II.6, II.7, II.8, II.9, II.10 et II.11 concernaient la consommation d'alcool ainsi que la caractérisation de son niveau de risque (à l'aide de questions issues du questionnaire DETA).

Les questions III.1.d, III.2A.d, III.3A.d, III.4A.d, et III.5A.d portaient sur les points de vue des patients fumeurs concernant leur consommation de tabac.

Les questions III.1.e, III.2A.e, III.3A.e, III.4A.e, et III.5A.e portaient sur les points de vue des patients ayant déclaré une consommation d'alcool non nulle, concernant cette consommation.

Les questions IV.1.d et IV.2.d portaient respectivement sur les informations délivrées par le médecin traitant, et sur le type de soutien souhaité par les patients fumeurs concernant leur consommation de tabac.

Les questions IV.1.e et IV.2.e portaient respectivement sur les informations délivrées par le médecin traitant, et sur le type de soutien souhaité par les patients avec une consommation d'alcool non nulle, concernant cette consommation.

#### **3.6.4.2 Données du questionnaire cabinet** (cf. Annexe 8.2)

L'ensemble des questions a été traité.

Ce questionnaire est détaillé en annexe au chapitre 8.2.

#### 3.7 Éthique

Cette étude a été approuvée par un Comité Ethique au sein de chacun des pays européens participants.

#### 3.8 Travail de thèse

Notre rôle dans la réalisation de ce travail multicentrique s'est situé à plusieurs niveaux :

- Co-coordination de la branche française de l'étude et représentation de la France lors du comité de pilotage final d'EUROPREVIEW,
- Recueil de données auprès de 40 patients issus de la patientèle des médecins généralistes exerçant au sein de l'Unité Pédagogique Locale de Virieu-sur-Bourbre, dans l'Isère pendant notre premier stage de médecine générale.
- Saisie manuelle de la moitié des questionnaires français dans la base de données conçue à cet effet par EUROPREV.

Dans le cadre de ce travail de thèse nous avons :

- Choisi la guestion à traiter et défini les objectifs.
- Choisi la méthode d'analyse.
- Réalisé les analyses statistiques.
- Rédigé un article issu de cette thèse

Nous avons présenté des résultats partiels de cette étude au cours du Congrès de la médecine générale Nice 2009 (une communication orale et un poster) et au cours du Congrès de la médecine générale Nice 2010 (deux communications orales et un poster).

Nous avons bénéficié de la collaboration des Drs Gilles Hebbrecht (médecin DIM à la SFMG) et Didier Duhot (coordonnateur de la branche Française de l'étude), membres de la SFMG, et de la direction du Dr Philippe Hauzanneau, médecin généraliste enseignant à Virieu-sur-Bourbre.

## 4 RÉSULTATS

## 4.1 Caractéristiques des cabinets médicaux

Tableau 1 - Réponses aux questionnaires cabinets

	Centre 1	Centre 2	Centre 3	Centre 4	Centre 5	Centre 6	Centre 7	Centre 8	Centre 9	Centre 10
1. Localisation	Urbain	Urbain	Semi-rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Semi-rural	Semi-rural	Urbain
2. Nb de MG femmes (F) et hommes (H):	F=0 / H=4	F=2 / H=2	F=1 / H=2	F=3 / H=3	F=1 / H=1	F=0 / H=2	F=1 / H=5	F=1 / H=2	F=0 / H=1	F=0 / H=1
3. Type d'exercice										
De groupe	Х	Х	Х	Х			Х	Х		
Individuel					Х	Х			Х	X
Mini-hôpital										
3. Enseignement univ.?	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
4. Autres prof. de santé avec rôle de promotion santé ?	non	oui	oui	oui	non	non	non	non	non	non
5. Autres professionnels de santé disponibles										
Gynécologue				Х						
Médecin(s) spécialiste(s) : préciser			X (tableau 2)	X (tableau 2)						X (tableau 2)
Infirmier(ère)		X	Х	X	X	X	Х	X		
Sage-femme										
Psychologue			Х	Х		X				
Autres : préciser			X (tableau 3)	X (tableau 3)	X (tableau 3)	X (tableau 3)		X (tableau 3)		X (tableau 3)
Aucun	Х								X	
6. Consultations de prévention/bilans de santé ?	non	oui	non	oui	oui	oui	non	non	oui	non
7. Support administratif										
Secrétaire		X	Х	X		Х	X	X		X
Réceptionniste	Х			X					X	
Aucun					X					
8. Autres caractéristiques										
Dossiers papier		X	X	X		X	X	X	X	
Dossiers informatisés	Х	X	X	X	X	X	X	X	X	X
9. Nb hebdomadaire d'h travaillées/MG du centre	50	80	28	18	50	40	45	45	55	50
10. Nb hebdomadaire de consults/MG du centre	100	100	70	72	100	150	140	130	150	85

Les tableaux 1, 2 et 3, contiennent les réponses aux questionnaires-cabinets que chaque centre nous a fait parvenir.

Tableau 2 - Médecins spécialistes de la structure médicale

Centre 3	Centre 4	Centre 10	
Cardiologue	ORL Ophtalmologiste Rhumatologue Dermatologue Acupuncteur Médecin du sport Psychiatre Cardiologue Angiologue Tabacologue	Allergologue	

Tableau 3 - Autres professionnels de santé de la structure médicale

Centre 3	Centre 4	Centre 5	Centre 6	Centre 8	Centre 10
Kiné Ergothérapeute Diététicienne	Conseiller conjugal Diététicien Kiné	Orthophoniste Kiné Dentiste	Kiné	Podologue	Orthophoniste

#### 4.2 Caractéristiques sociodémographiques des patients

Sur les 400 patients attendus, seuls 327 ont pu être inclus dans les délais impartis par l'étude. Parmi eux, 168 femmes (86 âgées de 30 à 49 ans et 82 âgées de 50 à 70 ans) et 159 hommes (77 âgés de 30 à 49 ans et 82 âgés de 50 à 70 ans).

#### Statut marital:

Parmi les 327 patients, 71,6 % (234) vivaient en couple ; 11,9 % (39) étaient célibataires ; et 16,5 % (54) étaient séparés, veufs ou divorcés.

#### Niveau d'études :

Les patients ont dans 6,7 % (22) des cas arrêté les études à la fin de l'école primaire ; dans 57,5 % (188) des cas, atteint le secondaire ; et dans 35,2 % (115) des cas, les études supérieures ; 0,6 % (2 patients) n'a pas répondu à cette question.

#### Statut professionnel:

On dénombrait 57,8 % (189) d'employés ou indépendants ; 0,3 % (1) d'étudiant, 6,4 % (21) de pères ou mères au foyer, 26,6 % (87) de retraités, et 8,0 % (26) de chômeurs ; 0,9 % (3) n'a pas répondu à cette question.

#### Lieu du cabinet médical :

Les patients étaient suivis pour 51,1 % (167) d'entre eux en milieu urbain, et pour 48,9 % (160) en milieu rural ou semi-rural.

Tableau 4 - Caractéristiques sociodémographiques des patients

	Hommes						
	30-49 ans	50-70 ans	Total Hommes	30-49 ans	50-70 ans	Total Femmes	Total
Statut marital							
marié/en couple	71,4 % (55)	75,5 % (62)	73,6 % (117)	69,8 % (60)	69,5 % (57)	69,6 % (117)	71,6 % (234)
pas marié, pas en couple	20,8 % (16)	4,9 % (4)	12,6 % (20)	13,9 % (12)	8,5 % (7)	11,3 % (19)	11,9 % (39)
séparé/divorcé/veuf	7,8 % (6)	19,6 % (16)	13,8 % (22)	16,3 % (14)	22,0 % (18)	19,1 % (32)	16,5 % (54)
Niveau d'études atteint							
Primaire	1,3 % (1)	8,5 % (7)	5,0 % (8)	2,3 % (2)	14,6 % (12)	8,3 % (14)	6,7 % (22)
Secondaire	62,3 % (48)	53,7 % (44)	57,9 % (92)	53,5 % (46)	61,0 % (50)	57,2 % (96)	57,5 % (188)
Tertiaire	36,4 % (28)	36,6 % (30)	36,5 % (58)	44,2 % (38)	23,2 % (19)	33,9 % (57)	35,2 % (115)
Sans réponse	0,0 % (0)	1,2 % (1)	0,6 % (1)	0,0 % (0)	1,2 % (1)	0,6 % (1)	0,6 % (2)
Situation professionnelle							
employé/indépendant	84,4 % (65)	32,9 % (27)	57,9 % (92)	77,9 % (67)	36,6 % (30)	57,7 % (97)	57,8 % (189)
étudiant	0,0 % (0)	0,0 % (0)	0,0 % (0)	1,2 % (1)	0,0 % (0)	0,6 % (1)	0,3 % (1)
père/mère au foyer	0,0 % (0)	0,0 % (0)	0,0 % (0)	15,1 % (13)	9,7 % (8)	12,5 % (21)	6,4 % (21)
retraité	0,0 % (0)	57,3 % (47)	29,5 % (47)	1,2 % (1)	47,6 % (39)	23,8 % (40)	26,6 % (87)
chômeur	14,3 % (11)	7,3 % (6)	10,7 % (17)	4,6 % (4)	6,1 % (5)	5,4 % (9)	8,0 % (26)
sans réponse	1,3 % (1)	2,5 % (2)	1,9 % (3)	0,0 % (0)	0,0 % (0)	0,0 % (0)	0,9 % (3)
Lieu du cabinet médical							
urbain	51,9 % (40)	53,7 % (44)	52,8 % (84)	48,8 % (42)	50,0 % (41)	49,4 % (83)	51,1 % (167)
rural ou semi-rural	48,1 % (37)	46,3 % (38)	47,2 % (75)	51,2 % (44)	50,0 % (41)	50,6 % (85)	48,9 % (160)
Total général	100 % (77)	100 % (82)	100 % (159)	100 % (86)	100 % (82)	100 % (168)	100 % (327)

Les résultats sont présentés en valeurs brutes et en pourcentages calculés à partir du total de la colonne.

#### 4.3 Statut des patients vis-à-vis de l'alcool et du tabac

#### **4.3.1** Statut tabagique des patients (fig. 1-4)

Parmi les 327 patients, 37,0 % (121) n'avaient jamais fumé, 31,8 % (104) étaient des ex-fumeurs, et 26,9 % (88) fumaient ; 4,3 % (14) n'ont pas répondu à cette question.

Parmi les 88 fumeurs, 79,5 % (70) fumaient des cigarettes, 6,8 % (6) fumaient des cigares, aucun patient ne fumait la pipe, les 13,6 % (12) restants n'ont pas précisé.

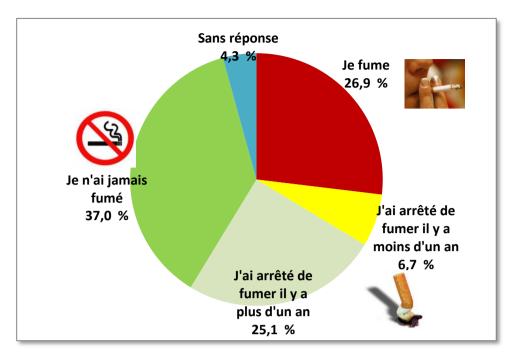


Figure 1 - Statut tabagique des patients

Les femmes comptaient 26,2 % (44) de fumeuses, 21,4 % (36) d'ex-fumeuses, et 48,8 % (82) n'avaient jamais fumé ; 3,6 % (6) n'ont pas précisé leur statut tabagique.

Parmi les hommes, 27,7 % (44) fumaient, 42,8 % (68) avaient arrêté, 24,5 % (39) n'avaient jamais fumé; 5,0 % (8) n'ont pas répondu à la question.

La répartition fumeurs versus non-fumeurs n'était pas statistiquement différente entre les deux sexes (p=0,70). La répartition des non-fumeurs semblait différente, avec plus d'ex-fumeurs (sevrés) parmi les hommes, et plus de non-fumeurs (naïfs de tabac) chez les femmes, mais cette différence n'était pas statistiquement significative (p=0,66).

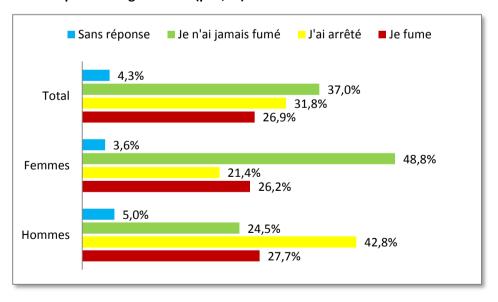


Figure 2 - Statut tabagique des patients selon le sexe

Parmi les 88 fumeurs, 4,5 % (4) fumaient moins d'une cigarette par jour, 39,8 % (35) fumaient 1 à 10 cigarettes par jour, 42,0 % (37) fumaient 11 à 20 cigarettes par jour, et 12,5 % (11) fumaient plus de 20 cigarettes par jour ; 1,1 % (1) des patients n'a pas répondu à cette question.

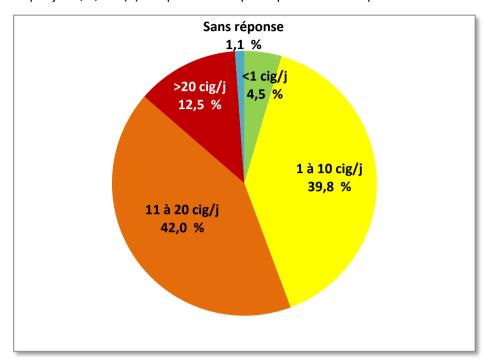


Figure 3 - Nombre de cigarettes ou cigares fumés par jour par les fumeurs

Parmi les 44 femmes fumeuses, 2.3% (1) fumaient moins d'une cigarette par jour, 40.9% (18) fumaient 1 à 10 cigarettes par jour, 50.0% (22) fumaient 11 à 20 cigarettes par jour, et 6.8% (3) fumaient plus de 20 cigarettes par jour.

Parmi les 44 hommes fumeurs, 6.8% (3) fumaient moins d'une cigarette par jour, 38.6% (17) fumaient 1 à 10 cigarettes par jour, 34.1% (15) fumaient 11 à 20 cigarette par jour, 18.2% (8) fumaient plus de 20 cigarettes par jour ; 2.3% (1) n'ont pas répondu à la question.

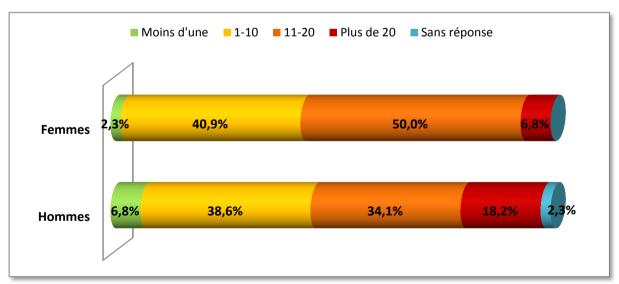


Figure 4 - Nombre de cigarettes quotidiennes des fumeurs selon le sexe

#### **4.3.2** Consommation d'alcool des patients (fig. 5-6)

Parmi les 327 patients, 29,4 % (96) ont déclaré n'avoir aucune consommation d'alcool ; 17,4 % (57) en consommaient moins d'une fois par mois ; 21,4 % (70) en consommaient 2 à 4 fois par mois ; 11,9 % (39) en consommaient 2 à 3 fois par semaine ; et 17,4 % (57) en consommaient plus de 4 fois par semaine ; 2,4 % (8) des patients n'ont pas répondu à cette question.

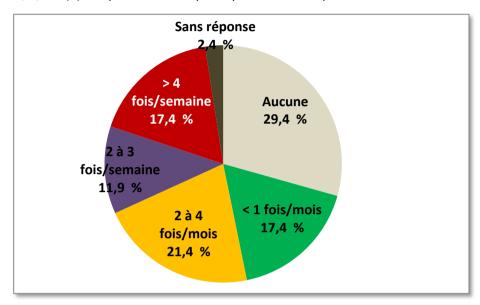


Figure 5 - Fréquence de la consommation d'alcool (bière, vin, spiritueux) par les patients

Pour la question suivante, les 96 patients ne consommant pas d'alcool ont été exclus.

Sur les 231 patients qui consommaient de l'alcool, 48,9 % (113) ont déclaré que leur consommation quotidienne était nulle ; 36,4 % (84) ont déclaré boire 1 à 2 verres d'alcool par jour ; 9,1 % (21) consommaient 3 à 4 verres ; et 3,0 % (7) patients consommaient 5 à 6 verres ; aucun patient n'a coché les items « 7 à 9 verres » et « 10 verres ou plus » ; 2,6 % (6) des patients n'ont pas répondu à cette question.

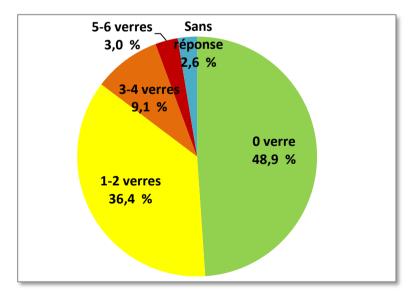


Figure 6 - Consommation déclarée d'alcool pour "un jour normal"

#### **4.3.3** Typologie de la consommation d'alcool (tab. 5 ; fig. 7)

Des questions de repérage de la consommation d'alcool à risque (II.8, II.9, II.10, II.11) issues des questionnaires DETA, FACE et AUDIT ont été posées aux patients ayant une consommation même occasionnelle d'alcool. Ceci a permis de classer les patients en 2 catégories : DETA1, non à risque, et DETA2, à risque (cf. 3.6.2).

#### Répartition des hommes :

Parmi les 159 hommes, 17,0 % (27) étaient abstinents; 71,7 % (114) étaient DETA1, ce qui correspond à une consommation d'alcool dénuée de risque; et 11,3 % (18) étaient DETA2, avec une consommation d'alcool considérée à risque. Les répartitions des hommes des tranches d'âges « 30-49 ans » et « 50-70 ans » dans les trois groupes étaient relativement superposables.

Les 77 hommes âgés de 30 à 49 ans se répartissaient respectivement à 16,9 % (13), 72,7 % (56), et 10,4 % (8) dans les catégories « abstinents », « DETA1 », et « DETA2 ».

Parmi les 82 hommes âgés de 50 à 70 ans, 17,1 % (14) étaient abstinents, 70,7 % (58) avaient une consommation sans risque, et 12,2 % (10) avaient une consommation d'alcool à risque.

#### Répartition des femmes :

Parmi les 168 femmes, 41,1 % (69) étaient abstinentes, 55,9 % (94) étaient DETA1, et 3,0 % (5) étaient DETA2.

Parmi les 86 femmes de 30 à 49 ans, 38,4 % (33) n'avaient aucune consommation d'alcool, 57,0 % (49) avaient une consommation considérée sans risque, et 4,7 % (4) avaient une consommation à risque.

Les 82 femmes âgées de 50 à 70 ans étaient réparties de la manière suivante : 43,9 % (36) ne consommaient jamais d'alcool, 54,9 % (45) consommaient de l'alcool sans risque, et 1,2 % (1) avait une consommation à risque.

Les hommes comptaient moins d'abstinents et plus de consommateurs DETA1 et DETA2 que les femmes, et ceci de manière très fortement significative (p <0,0001).

A l'inverse, l'appartenance à une tranche d'âge donnée n'influençait pas de manière statistiquement significative le type de consommation (p=0,89).

Tableau 5 - Typologie de la consommation : répartition par genre et tranche d'âge

	Hommes		Total Hommes	Femmes		Total Femmes	Total général
	[30-49]	[50-70]		[30-49] [50-70]			
Abstinents	16,9 % (13)	17,1 % (14)	17,0 % (27)	38,4 % (33)	43,9 % (36)	41,1 % (69)	29,4 % (96)
DETA1	72,7 % (56)	70,7 % (58)	71,7 % (114)	57,0 % (49)	54,9 % (45)	55,9 % (94)	63,6 % (208)
DETA2	10,4 % (8)	12,2 % (10)	11,3 % (18)	4,7 % (4)	1,2 % (1)	3,0 % (5)	7,0 % (23)
Total	100 % (77)	100 % (82)	100 % (159)	100 % (86)	100 % (82)	100 % (168)	100 % (327)

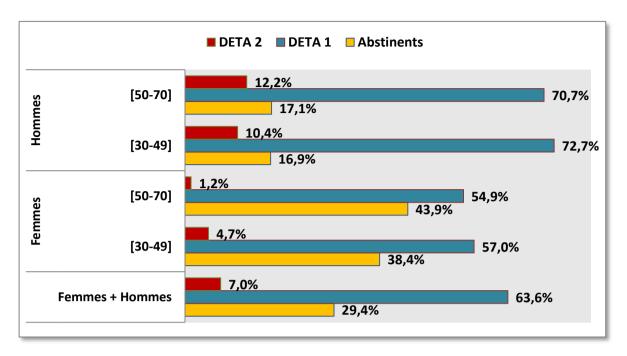


Figure 7 - Typologie de la consommation : pourcentages par genre et tranche d'âge

#### 4.3.4 Typologie croisée des consommations d'alcool et de tabac (tab. 6 ; fig. 8-9)

Le tableau 6 résume la répartition des 327 patients de l'étude selon leurs consommations.

Tableau 6 - Typologie croisée des consommations d'alcool et de tabac

Tabac	Sans	Je fume	J'ai arrêté il	J'ai arrêté il	Je n'ai jamais	Total
Alcool	réponse		y a ≤ 1 an	y a ≥ 1 an	fumé	
Abstinent	4	29	5	17	41	96
DETA1	9	48	13	59	79	208
DETA2	1	11	4	6	1	23
Total	14	88	22	82	121	327

Parmi les 121 patients qui n'avaient jamais fumé, 33,9 % (41) étaient abstinents d'alcool, 65,3 % (79) étaient consommateurs DETA1, et 0,8 % (1) était consommateur DETA2.

Parmi les 104 ex-fumeurs, 21,2 % (19) étaient abstinents d'alcool, 69,2 % (72) étaient consommateurs DETA1, et 9,6 % (10) étaient consommateurs DETA2.

Parmi les 88 fumeurs, 33,0 % (29) étaient abstinents d'alcool, 54,5 % (48) étaient consommateurs DETA1, et 12,5 % (11) étaient consommateurs DETA2.

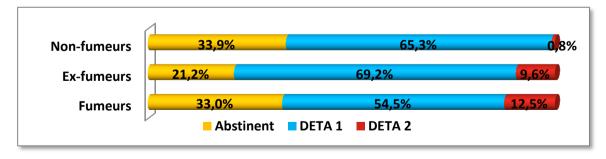


Figure 8 - Typologie de la consommation d'alcool selon le statut tabagique

Parmi les 23 patients DETA2, 4,3 % (1) n'ont pas répondu à la question, 47,8 % (11) fumaient, 43,5 % (10) avaient arrêté de fumer, et 4,3 % (1) n'avaient jamais fumé.

Parmi les 208 patients DETA1, 4,3 % (9) n'ont pas répondu à la question, 23,1 % (48) fumaient, 34,6 % (72) avaient arrêté de fumer, et 38,0 % (79) n'avaient jamais fumé.

Parmi les 96 abstinents, 4,2 % (4) n'ont pas répondu à la question, 30,2 % (29) fumaient, 22,9 % (19) avaient arrêté de fumer, et 42,7 % (41) n'avaient jamais fumé.

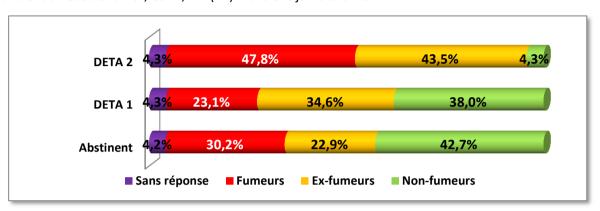


Figure 9 - Statut tabagique selon le groupe DETA d'appartenance

Il y avait plus de fumeurs et moins de non-fumeurs (naïfs de tabac et sevrés) chez les consommateurs d'alcool DETA2 que chez les DETA1 (p<0,01).

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative de répartition des patients selon leur statut tabagique entre les groupes « Abstinents » et « DETA1 » (p=0,18), ni entre les groupes « Abstinents » et « DETA2 » (p=0,10).

#### 4.4 Positionnement des patients face aux risques alcool et tabac

#### 4.4.1 Perception des risques alcool et tabac par les patients

#### **4.4.1.1** Perception des risques alcool et tabac tous patients confondus (fig. 10)

Parmi les 327 patients, 2,4 % (8) n'accordaient pas d'importance au fait d'avoir une consommation d'alcool modérée, et 9,5 % (31) une légère importance; respectivement 42,8 % (140) et 45,0 % (147) pensaient que c'était important ou très important.

Parmi les 88 fumeurs, respectivement 5,7 % (5) et 17,0 % (15) n'accordaient pas ou peu d'importance au fait de ne pas fumer ; 45,5 % (40) pensaient que c'était important, et 31,8 % (28) que c'était très important.

Si l'on répartissait les patients en deux groupes distincts, avec d'une part les patients ayant répondu « pas important » ou « peu important », et d'autre part ceux qui avaient répondu « important » ou « très important », on n'observait pas de différence statistiquement significative en termes de perception des risques liés aux consommations d'alcool versus de tabac sur la santé (p=0,18).

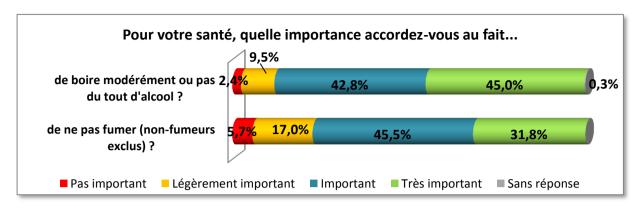


Figure 10 - Perception des risques alcool et tabac par les patients

#### **4.4.1.2** Perception du risque alcool en fonction du type de consommation d'alcool (fig. 11)

#### Chez les consommateurs d'alcool DETA2 :

De même, on retrouvait parmi les 23 consommateurs DETA2, respectivement 34,8 % (8) et 43,5 % (10) qui considéraient que c'était très important ou important, contre seulement 13,0 % (3) et 8,7 % (2) qui pensaient que c'était légèrement ou pas important.

#### Chez les consommateurs d'alcool DETA1:

Parmi les 208 consommateurs DETA1, respectivement 35,1 % (73) et 50,0 % (104) pensaient que c'était très important ou important ; seulement 12,0 % (25) y accordaient une légère importance, et 2,9 % (6) pensaient que ce n'était pas important.

#### Chez les abstinents :

La grande majorité des 96 abstinents considérait, avec respectivement 27,1 % (26) et 68,8 % (66), qu'il était important ou très important d'avoir une consommation modérée ou nulle d'alcool ; 3,1 % (3) pensaient que c'était légèrement important ; et 1,0 % (1) n'a pas répondu à cette question.

Selon les mêmes critères que ceux utilisés précédemment (en 4.4.1), les abstinents percevaient mieux le risque alcool que les consommateurs DETA1 et DETA2 confondus (p<0,005).

Et il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les consommateurs DETA1 et 2 (p=0,39).

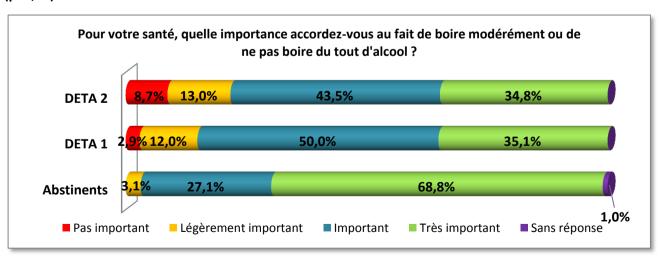


Figure 11 - Perception du risque alcool selon le type de consommation

Les questions suivantes portaient sur les comportements de réduction des risques alcool et tabac. Nous avons donc volontairement exclu les abstinents pour l'alcool, et les non-fumeurs pour le tabac.

#### 4.4.2 Besoin ressenti de réduction des risques alcool et tabac

#### **4.4.2.1** Besoin ressenti de réduction des risques tous consommateurs confondus (fig. 12)

Parmi les 231 patients consommateurs d'alcool (tous consommateurs confondus), 73,2 % (169) pensaient que cette question était sans objet car ils contrôlaient leur consommation, 13,4 % (31) ne pensaient pas avoir besoin de réduire leur consommation, 10,0 % (23) ressentaient le besoin de la réduire, et 3,0 % (7) ne savaient pas ; 0,4 % (1) n'a pas répondu à cette question.

Parmi les 88 fumeurs, 22,7 % (20) ne ressentaient pas le besoin d'arrêter de fumer, 65,9 % (58) pensaient avoir besoin d'arrêter de fumer, 8,0 % (7) ne savaient pas ; et 3,4 % (3) n'ont pas répondu à cette question.

Le besoin de réduire le risque tabac parmi les fumeurs était beaucoup plus présent que celui de réduire le risque alcool parmi les consommateurs d'alcool (p<0,0001).

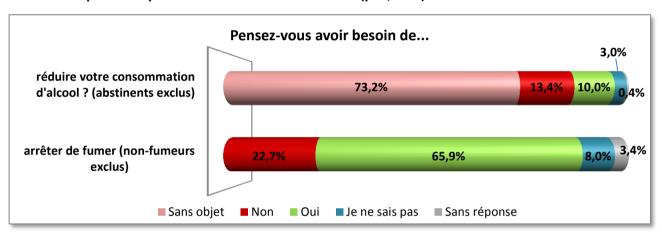


Figure 12 - Besoin ressenti de réduction des risques alcool et tabac pour les consommateurs

#### 4.4.2.2 Besoin ressenti de réduction du risque alcool selon le groupe DETA (fig. 13-14)

Parmi les 23 consommateurs DETA2, 39,1 % (9) pensaient que la question était sans objet, 13,0 % (3) ne ressentaient pas le besoin de réduire leur consommation d'alcool, mais 39,1 % (9) exprimaient le besoin de réduire ce risque ; 8,7 % (2) n'avaient pas d'avis.

Parmi les 208 consommateurs DETA1, 76,9 % (160) pensaient que cette question était sans objet, et 13,5 % (28) ne pensaient pas devoir réduire leur consommation; seulement 6,7 % (14) pensaient avoir besoin de diminuer leur consommation, et 2,4 % (5) ne savaient pas; 0,5 % (1) n'a pas répondu à cette question.

Les consommateurs DETA2, identifiés comme à risque, ressentaient plus le besoin de réduire leur consommation que les consommateurs DETA1 (p<0,0001).

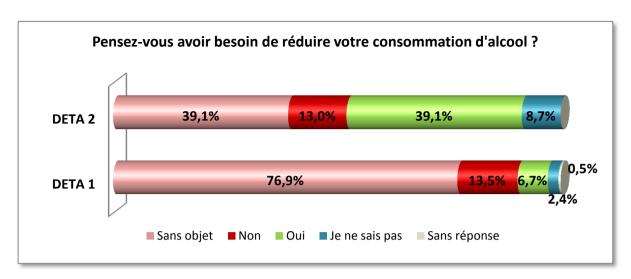


Figure 13 - Besoin ressenti de réduction du risque alcool selon le groupe DETA

Nous avons dans un second temps comparé les réponses des fumeurs et des consommateurs d'alcool à risque (DETA2). Les fumeurs ressentaient statistiquement plus le besoin de réduire le risque tabac, que les consommateurs DETA2 de réduire le risque alcool (p<0,01).

Enfin, nous avons étudié le besoin ressenti par les 11 patients DETA2 et fumeurs de réduire leur consommation d'alcool.

Parmi eux, 18,2 % (2) trouvaient la question sans objet ; 9,1 % (1) ne ressentaient pas le besoin de la réduire ; 54,5 % (6) exprimaient le besoin de réduire la consommation d'alcool, et 18,2 % (2) ne savaient pas.

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les DETA2 et les DETA2 fumeurs concernant le besoin ressenti de réduire la consommation d'alcool (p=0,43 Fisher).

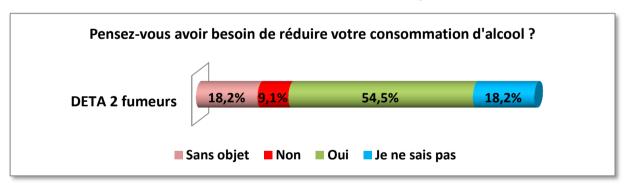


Figure 14 - Besoin ressenti de réduction du risque alcool par les patients DETA2 fumeurs

#### 4.4.3 Motivation au changement

#### 4.4.3.1 Perspective de changement pour les consommateurs d'alcool et de tabac (fig. 15)

Parmi les 231 patients qui consommaient de l'alcool, 82,7 % (191) pensaient que cette question était sans objet car ils contrôlaient leur consommation ; 8,7 % (20) n'avaient pas l'intention de réduire leur consommation ; respectivement 0,9 % (2), 0,9 % (2), et 3,9 % (9) avaient l'intention de changer dans les 6 mois, dans le mois, ou étaient en train de changer ; soit un total de 5,6 % (13) qui ont répondu positivement. Enfin, 2,6 % (6) ne savaient pas, et 0,4 % (1) n'a pas répondu à cette question.

Parmi les 88 fumeurs, 1,1 % (1) pensait que cette question était sans objet car il contrôlait sa consommation ; 36,4 % (32) n'avaient pas l'intention de changer au cours des 6 prochains mois ; 21,6 % (19) pensaient changer dans les 6 mois ; 2,3 % (2) pensaient changer au cours du prochain mois ; et 12,5 % (11) étaient actuellement en train de changer ; 25,0 % (22) ne savaient pas, et 1,1 % (1) n'a pas répondu à cette question. Au total, 36,4 % (32) avaient l'intention ou étaient en train de changer.

## Les fumeurs avaient une plus grande perspective de changement que les consommateurs d'alcool (p<0,0001).

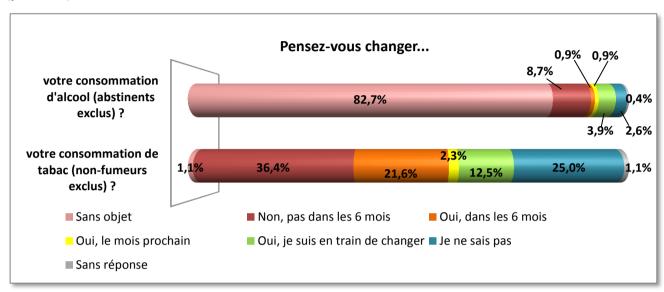


Figure 15 - Perspective de changement pour les consommateurs d'alcool et de tabac

## **4.4.3.2** Perspective de changement pour les consommateurs d'alcool selon le groupe **DETA** (fig. 16)

Respectivement 39,1 % (9) et 21,7 % (5) des 23 patients DETA2 pensaient contrôler leur consommation ou ne souhaitaient pas la réduire; 26,0 % (6) pensaient la réduire, dont 4,3 % (1) dans les 6 mois, 4,3 % (1) dans le mois, et 17,4 % (4) en train de changer; 13,0 % (3) ne savaient pas.

Parmi les 208 patients DETA1, 87,5 % (182) pensaient que la question était sans objet, 7,2 % (15) n'envisageaient pas de modification, et seulement 3,4 % (7) pensaient réduire leur consommation d'alcool, dont 0,5 % (1) dans les 6 mois, 0,5 % (1) dans le mois, et 2,4 % (5) qui étaient en train de réduire ; 1,4 % (3) ne savaient pas, et 0,5 % (1) n'a pas répondu à cette question.

Les patients DETA2, identifiés comme à risque, étaient plus enclins à réduire leur consommation d'alcool que les patients DETA1 (p<0,0001).

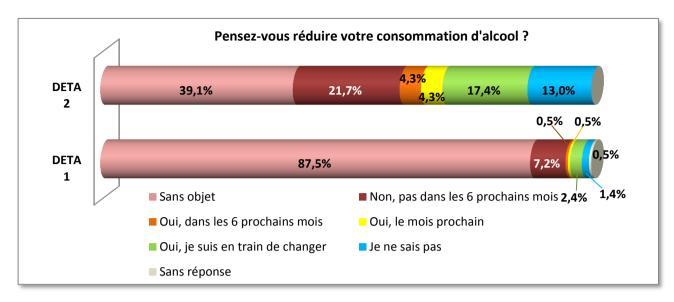


Figure 16 - Perspective de changement pour les consommateurs d'alcool selon le groupe DETA

Nous avons ensuite comparé le stade de décision au changement des fumeurs et des consommateurs DETA2. Les différences observées n'étaient pas statistiquement significatives (p=0,13).

Parmi les 11 patients DETA2 fumeurs, 18,2 % (2) ont trouvé la question sans objet; 18,2 % (2) n'avaient pas l'intention de réduire leur consommation; 9,1 % (1) pensaient la réduire le mois suivant; 27,3 % (3) étaient déjà en train de changer; et 27,3 % (3) ne savaient pas.

Les perspectives de changement de la consommation d'alcool n'étaient pas significativement différentes entre les patients DETA2 et les patients DETA2 fumeurs (p=0,40 Fisher).

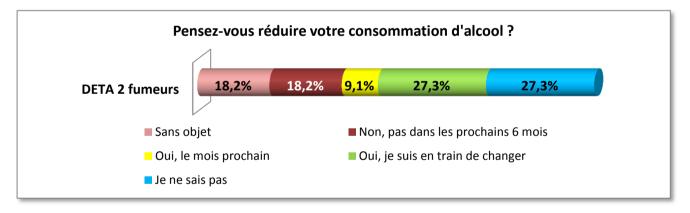


Figure 17 - Perspective de réduction de la consommation d'alcool pour les DETA2 fumeurs

#### 4.4.3.3 Sentiment de capacité à changer tous consommateurs confondus (fig. 18)

Parmi les 231 patients qui consommaient de l'alcool, 71,4 % (165) ont répondu que cette question était sans objet, car ils contrôlaient leur consommation d'alcool, 10,0 % (23) n'étaient pas du tout sûrs de pouvoir réduire leur consommation, 10,4 % (24) étaient incertains, 6,9 % (16) étaient confiants ou très confiants ; 1,3 % (3) n'a pas répondu à cette question.

Parmi les 88 fumeurs, 40,9 % (36) n'étaient pas du tout sûrs de pouvoir arrêter de fumer, 37,5 % (33) étaient incertains, 20,5 % (18) étaient confiants ou très confiants ; 1,1 % (1) n'a pas répondu à cette question.

Les fumeurs avaient un meilleur sentiment de capacité au changement pour arrêter de fumer, que les consommateurs d'alcool pour réduire leur consommation (p<0,005).

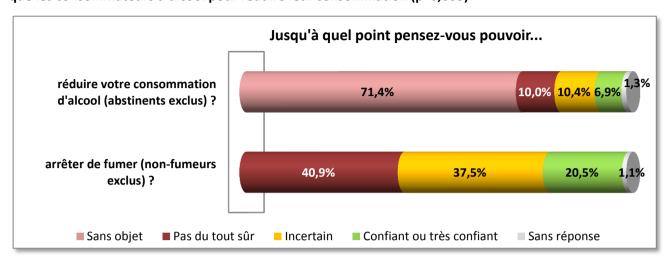


Figure 18 - Sentiment de capacité au changement pour les consommateurs d'alcool et de tabac

## 4.4.3.4 Sentiment de capacité à changer pour les consommateurs d'alcool selon le groupe DETA (fig. 19-20)

Parmi les 23 consommateurs DETA2, 39,1 % (9) pensaient que la question était sans objet, 4,3 % (1) n'étaient pas du tout sûrs, 13,0 % (3) étaient incertains, et 43,5 % (10) étaient confiants ou très confiants.

Parmi les 208 patients DETA1, 89,9 % (187) pensaient que la question était sans objet, 2,9 % (6) n'étaient pas du tout sûrs de pouvoir réduire leur consommation d'alcool, 1,4 % (3) était incertain, 4,3 % (9) étaient confiants ou très confiants, et 1,4 % (3) n'a pas répondu.

Les patients DETA2 semblaient bénéficier d'un meilleur sentiment de capacité à changer que les patients DETA1, mais cette différence n'était pas statistiquement significative (p=0,06).

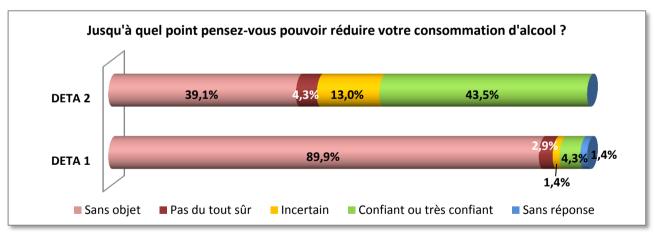


Figure 19 - Sentiment de capacité au changement pour les consommateurs d'alcool selon le groupe DETA

Nous avons ensuite comparé les réponses des fumeurs et des consommateurs d'alcool DETA2. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre ces deux groupes de patients en terme de sentiment de capacité personnelle à réduire les risques tabac et alcool (p=0,87).

Enfin, nous avons étudié les réponses des 11 patients DETA2 fumeurs. Parmi eux, 9,1% (1) ont répondu que la question était sans objet, 9,1% (1) n'étaient pas du tout sûrs, 18,2% (2) se sentaient incertains, et 63,6% (7) étaient confiants ou très confiants.

Le sentiment de capacité au changement n'était pas significativement différent entre les patients DETA2 et les patients DETA2 fumeurs (p=0,46 Fisher).

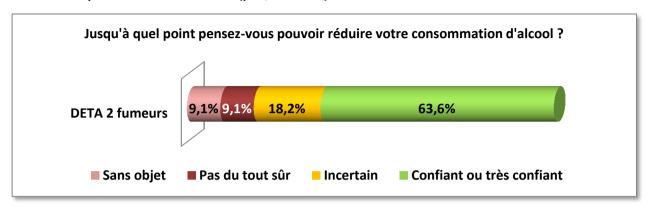


Figure 20 - Sentiment de capacité à la réduction de la consommation d'alcool pour les DETA2 fumeurs

#### 4.5 Comparaison des scores de perception des risques alcool et tabac

#### 4.5.1 Comparaison des scores « alcool » et « tabac »

Les consommateurs d'alcool sont répartis selon leur « score alcool » de façon non gaussienne, avec une courbe décalée vers la gauche ; le score médian est de  $25,0 \pm 8,3$  (EIQ ou écart inter-quartile).

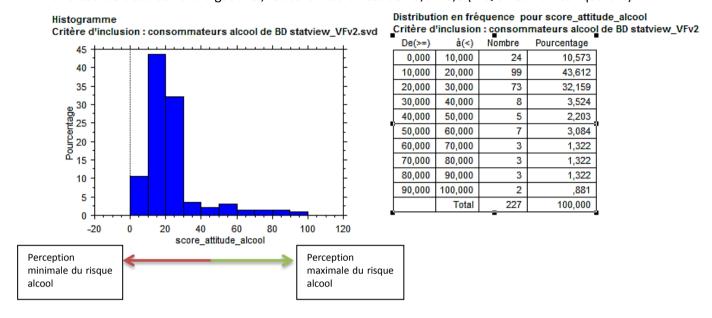


Figure 21 - Répartition des consommateurs d'alcool selon leur "score alcool"

Les fumeurs sont répartis selon leur « score tabac » sur une courbe de Gauss, autour d'un score moyen de 49,8 ± 25,3 (DS).

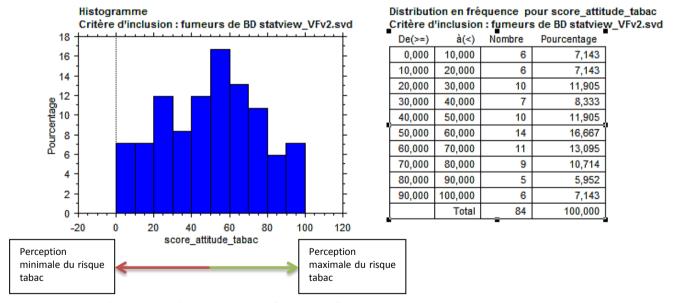


Figure 22 - Répartition des fumeurs selon leur "score tabac"

#### 4.5.2 Comparaison des « scores alcool » selon le type de consommation

Le « score alcool » est toujours décalé vers la gauche, quel que soit le type de consommation.

Les abstinents ont un score médian de 25,0  $\pm$  8,3 (EIQ). Les consommateurs DETA1 ont un score médian de 16,7  $\pm$  8,3 (EIQ). Les consommateurs DETA2 ont un score médian de 37,5  $\pm$  44,3 (EIQ).

Les « scores alcool » des patients DETA2 sont plus élevés (meilleure perception du risque) que ceux des patients DETA1 (p<0,0001) et que ceux des abstinents (p<0.0001), de manière statistiquement significative.

Par contre il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les patients DETA1 et les abstinents (p=0,14).

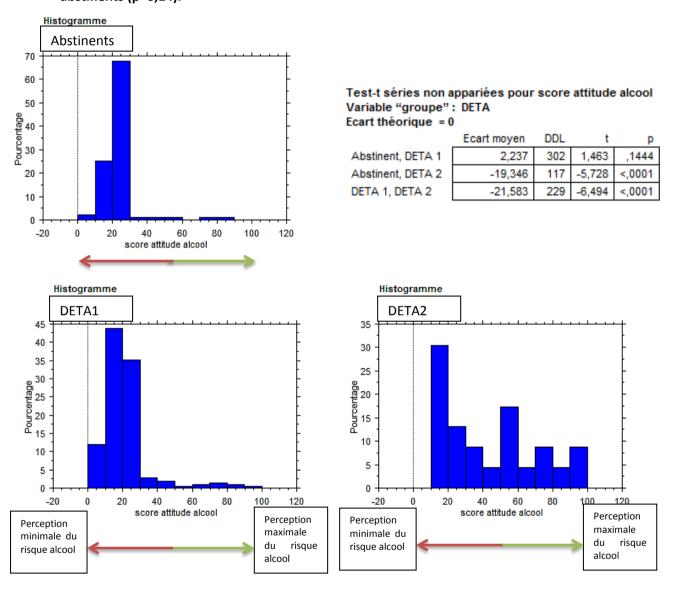


Figure 23 - Répartition des patients selon leur "score alcool" et selon leur consommation

## 4.6 Attentes des patients pour une aide à la réduction de leur consommation d'alcool ou de tabac

#### 4.6.1 Place du soutien par le médecin généraliste

#### **4.6.1.1** Soutien attendu par l'ensemble des patients consommateurs (fig. 24)

Parmi les 231 patients qui consommaient de l'alcool, 77,9 % (180) pensaient que cette question n'avait pas lieu d'être, 12,1 % (28) ne souhaitaient pas recevoir de conseils de la part du médecin traitant, 2,6 % (6) ne savaient pas, et seulement 5,6 % (13) auraient aimé recevoir un soutien par leur médecin ; 1,7 % (4) n'a pas répondu à cette question.

Parmi les 88 fumeurs, 29,5 % (26) ne souhaitaient pas recevoir de soutien de la part du médecin traitant, 20,5 % (18) ne savaient pas, et 47,7 % (42) souhaitaient recevoir un soutien ou des conseils de la part du médecin traitant ; 2,3 % (2) n'ont pas répondu à cette question.

Les fumeurs étaient plus demandeurs de soutien par le médecin traitant que les consommateurs d'alcool (p<0,0001).

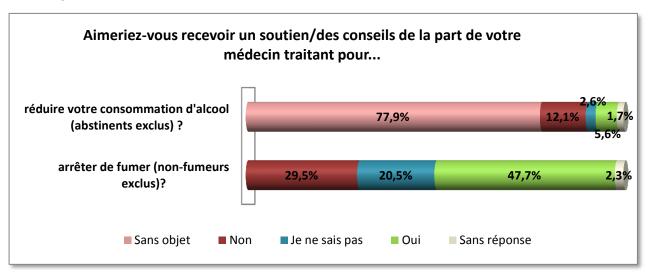


Figure 24 - Soutien par le médecin généraliste attendu par les patients

## **4.6.1.2** Soutien attendu pour réduire la consommation d'alcool selon le groupe DETA (fig. 25-26)

Parmi les 23 patients classés en DETA2, 39,1 % (9) pensaient que la question était sans objet, et 17,4 % (4) ne souhaitaient pas recevoir de soutien de la part du médecin traitant, 4,3 % (1) ne savaient pas, et 39,1 % (9) étaient demandeurs d'aide.

Parmi les 208 patients DETA1, une large majorité composée de 82,2 % (171) et 11,5 % (24) des patients respectivement, pensait que la question était sans objet, ou ne désirait pas de soutien de la part du médecin traitant, 2,4 % (5) étaient indécis ; seul 1,9 % (4) était demandeur d'aide ; 1,9 % (4) n'a pas répondu à cette question.

Les patients DETA2, avec une consommation d'alcool à risque, attendaient plus de soutien et de conseils de la part du médecin traitant que les patients DETA1 (p<0,0001).

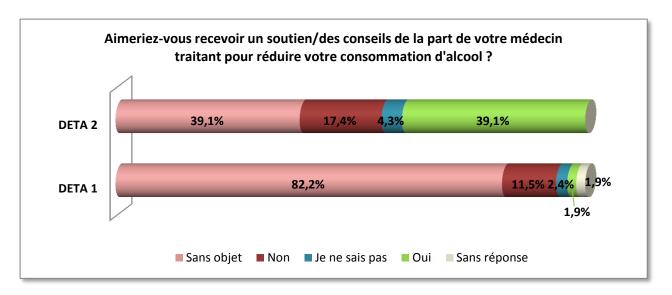


Figure 25 - Soutien attendu pour réduire le risque alcool selon le groupe DETA

Nous avons comparé dans un second temps les attentes des fumeurs à celles des consommateurs d'alcool DETA2. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre ces deux groupes de patients en termes de soutien attendu (p=0,09).

Enfin, parmi les 11 patients DETA2 fumeurs, 18,2 % (2) ont trouvé la question sans objet, 18,2 % (2) ne désiraient pas de soutien, et 63,6 % (7) étaient demandeurs de soutien.

Malgré une tendance apparente des patients DETA2 fumeurs à demander plus d'aide que les patients DETA2, cette différence n'était pas statistiquement significative (Fisher p=0,27).

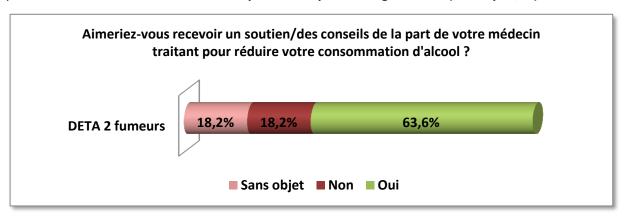


Figure 26 - Soutien attendu par les patients DETA2 fumeurs pour réduire le risque alcool

## **4.6.2** Type de soutien souhaité par les patients (tab. 7)

Les résultats ci-dessous ne sont pas exprimés en pourcentage, car les patients étaient libres de ne pas répondre à cette question, ou de cocher plusieurs items par question.

Pour l'aide à la réduction de la consommation d'alcool comme pour le sevrage tabagique, les patients ont plébiscité les conseils individuels; les brochures d'information sont arrivées en seconde position, suivies des avis spécialisés. Les conseils en groupe ont été peu choisis par les patients.

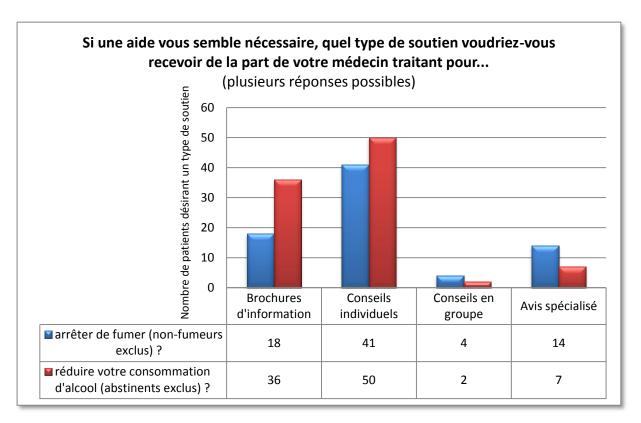


Tableau 7 - Type de soutien souhaité par les patients

## 4.6.3 Informations relatives aux consommations d'alcool et de tabac délivrées par le médecin généraliste (fig. 27-28)

Parmi les 231 patients qui consommaient de l'alcool, 67,1 % (155) n'ont jamais parlé avec leur médecin de leur consommation d'alcool, 3,5 % (8) ne savaient pas, et 27,3 % (63) ont abordé le sujet avec leur médecin traitant, il y a respectivement moins d'un an pour 15,6 % (36), plus d'un an pour 5,2 % (12), et pas de précision de date pour 6,5 % (15) d'entre eux ; 2,1 % (5) n'ont pas répondu à cette question.

Parmi les 88 fumeurs, 23,9 % (21) n'ont jamais abordé le sujet en consultation de médecine générale, 3,4 % (3) ne savaient pas, et 72,7 % (64) ont déjà eu un entretien concernant leur tabagisme avec leur médecin traitant, pour 48,9 % (43) d'entre eux, dans l'année, pour 13,6 % (12) il y a plus d'un an, et pour 10,2 % (9) sans précision de date.

Le risque tabac a été statistiquement plus souvent abordé par le médecin traitant auprès des patients fumeurs, que le risque alcool auprès des consommateurs de boissons alcoolisées (p<0,0001).

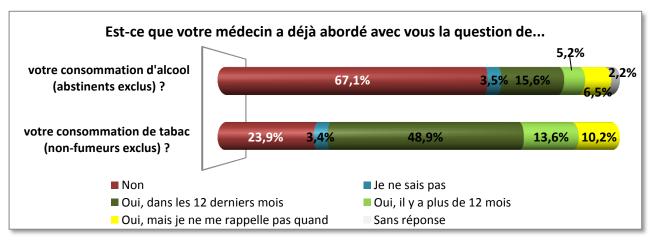


Figure 27 - Informations relatives aux consommations d'alcool et de tabac délivrées par le médecin généraliste

Parmi les 23 consommateurs DETA2, 43,5 % (10) n'ont pas reçu d'information concernant leur consommation d'alcool de la part de leur médecin traitant, et 56,5 % (13) ont été informés, la majorité (11 patients soit 47,8 %) dans l'année, 4,35 % (1) il y a plus d'un an, et 4,35 % (1) sans précision de date.

Sur les 208 consommateurs DETA1, 69,7 % (145) n'avaient pas été informé, 3,8 % (8) ne savaient pas s'ils l'avaient été, et 24,0 % (50) avaient reçu une information par leur médecin traitant, pour 12,0 % (25) dans l'année, pour 5,3 % (11) plus de 12 mois auparavant, et pour 6,7 % (14) sans précision de date ; 2,4 % (5) n'ont pas répondu à cette question.

La consommation d'alcool des patients DETA2 a été plus souvent abordée en consultation que celle des patients DETA1 (p< 0,01).

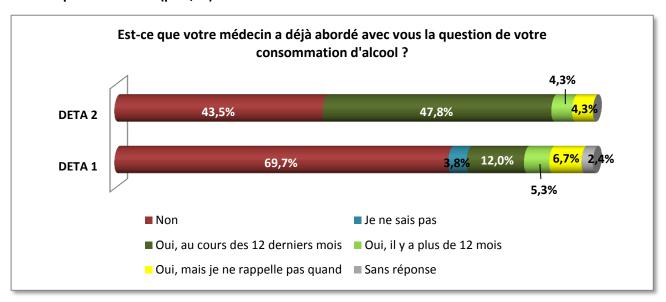


Figure 28 - Information délivrée par le médecin traitant selon le groupe DETA

Puis nous avons comparé les réponses des fumeurs et des consommateurs de boissons alcoolisées DETA2. Les deux groupes de patients ont été informés par le médecin traitant sans différence statistiquement significative (p=0,08).

## 5 DISCUSSION

Les résultats de ce travail sont un reflet des perceptions, attentes, et attitudes des patients suivis en médecine générale, en ce qui concerne leur statut tabagique et leur consommation d'alcool.

# 5.1 Comparaison des attitudes des patients suivis en médecine générale à propos des risques perçus alcool et tabac

## 5.1.1 Minimisation du « risque alcool » versus perception du « risque tabac »

Lorsque l'on considère les consommateurs d'alcool comme un groupe homogène, sans tenir compte du niveau de risque de leur consommation, on constate, d'après leurs réponses, que très peu d'entre eux ressentaient le besoin de la réduire, et qu'ils n'étaient pas prêts à modifier ce comportement, voire trouvaient que les questions relatives à leur consommation étaient sans objet, c'est-à-dire non justifiées, à l'opposé des fumeurs. Les résultats montrent en effet que les patients étaient globalement plus conscients du risque tabac que du risque alcool. Le constat de cette faible perception du risque alcool est renforcé par l'analyse de la répartition des patients selon leur consommation d'alcool. La majorité des patients (208 sur 327, soit 63,6 %) se sont classés dans le groupe DETA1, de consommateurs de boissons alcoolisées non à risque, seulement 7,0 % des patients (23 sur 327) se sont classés en DETA2 ; et le taux d'abstinents constaté était de 29,4 % (96 sur 327).

L'INPES a effectué un rapport en 2005 (26), qui retrouvait un taux d'abstinents depuis au moins un an de 13,7 % des 15-75 ans (17,8 % des femmes, et 11,5 % des hommes), soit environ la moitié du taux retrouvé dans notre étude. D'autre part, une étude française (27) réalisée un jour donné en 2000 chez les généralistes et à l'hôpital, et qui concernait 50 372 patients de 1 844 généralistes et 33 795 patients de 916 hôpitaux, a retrouvé un mésusage chez 18 % des patients en médecine de ville (32 % des hommes et 8,5 % des femmes) et 20 % à l'hôpital. Ce mésusage était particulièrement important chez les patients de 35 à 64 ans, concernant alors 2 hommes sur 5.

L'échantillon analysé se distingue donc nettement de ceux étudiés antérieurement. Le Baromètre Santé 2005 de l'INPES (28) a montré une évolution naturelle vers une diminution la consommation d'alcool depuis une dizaine d'année, avec 29 % de buveurs quotidiens en moins entre 2000 et 2005, et une stabilité de la proportion des patients ayant un test DETA positif (environ 9 %). Le Baromètre Santé Nutrition 2008 (7) retrouvait également une diminution de la proportion d'individus déclarant avoir bu la veille depuis 1996, avec 37 % des 18-75 ans en 2008 contre 45 % en 1995, ainsi qu'une diminution des quantités consommées par les buveurs de la veille sur la même période. Cette tendance se confirme au vu des premiers résultats du Baromètre Santé 2010, qui montrent une baisse de la consommation régulière ou quotidienne des 40-75 ans de 25 % à 16,6 % entre 2005 et 2010. Ces données ne suffisent pourtant pas pour expliquer une telle différence.

Nous n'avons pas dans ce travail séparé les patients abstinents primaires (« naïfs d'alcool ») et secondaires (devenus abstinents après sevrage). Les patients qui n'avaient déclaré aucune consommation d'alcool à la question II.6 (cf. annexe 8.1) n'étaient pas invités à répondre aux questions suivantes de repérage de la consommation d'alcool à risque issues des questionnaires DETA, FACE et AUDIT (II.8, II.9, II.10, II.11), alors que le test DETA porte normalement sur la vie entière. Il est donc possible que le groupe des abstinents contienne un sous-groupe d'anciens consommateurs à risque devenus abstinent secondairement, donc avec un test DETA positif, mais que nous n'avons pas recherché.

Par ailleurs se pose la question de la représentativité de la population des patients. D'une part, le recrutement a eu lieu au sein de centres médicaux dans lesquels les médecins avaient montré un intérêt particulier pour la prévention des maladies et la promotion de la santé en se portant volontaires pour participer à l'étude. D'autre part, nous n'avons pas étudié la représentativité culturelle et religieuse de la population étudiée; nous ignorons donc quelle était la part d'un éventuel sous-groupe d'abstinents pour motif religieux, en particulier dans le cadre de la religion musulmane.

Enfin, les patients n'avaient pas forcément conscience du risque lié à leur propre consommation d'alcool, le mésusage, aigu ou chronique, étant moins connu et moins stigmatisé que la dépendance (11). Des études ont étayé l'hypothèse selon laquelle les patients ayant une consommation d'alcool à risque auraient plus tendance à la nier, ou à la minimiser, et qu'ils seraient peu favorables à une action du médecin traitant, ou à une modification de cette consommation (29).

Plusieurs hypothèses permettent d'expliquer cette sous-estimation du risque alcool par rapport à la perception du risque tabac.

Tout d'abord, le caractère addictogène de la nicotine associée à d'autres composés présents dans la fumée du tabac engendre une dépendance physique très rapide, qui place la majorité des fumeurs sous l'emprise de leur consommation ; à l'opposé, la consommation d'alcool sur un mode culturel et/ou convivial sans danger permet à la majorité des consommateurs d'alcool coutumiers de conserver le contrôle sur leur consommation, même si une partie d'entre eux est parfois déjà dans le mésusage ou la dépendance. Il n'existe aucune représentation de la progressivité des risques liés à l'alcool et des consommations nocives. On passe sans transition de la consommation valorisée socialement à l'alcoolisme. Alors qu'on connaît bien le déni de la dépendance à l'alcool chez les alcooliques, il est fréquent de refuser de voir, ou de tenter de minimiser les risques liés à la consommation excessive d'alcool chez les non-dépendants (11) (30), ce déni étant encouragé par les politiques et la société (31).

En effet, la consommation d'alcool a en France une dimension culturelle particulièrement importante, du fait du patrimoine viticole du pays d'une part, et de son rôle facilitateur du lien social (32) d'autre part. Le non-consommateur d'alcool, minoritaire, sera paradoxalement suspect de ne pas partager le « savoir-vivre convivial » (32). De même, de nombreuses études épidémiologiques menées depuis une quinzaine d'années ont montré une réduction du risque relatif des maladies cardiovasculaires chez des consommateurs modérés d'alcool, comparés à des personnes abstinentes. En janvier 2010, une explication scientifique est venue étayer cette théorie du « french paradox ». Les polyphénols du vin auraient la capacité d'activer le sous-type  $\alpha$  du récepteur aux œstrogènes, qui protège l'endothélium vasculaire (33). Enfin la production et la vente d'alcool en France ont une dimension économique importante, avec un lobby viticole qui a pesé lourd à plusieurs reprises dans le passé. Il a eu un rôle déterminant lors de la réglementation de la publicité télévisuelle pour l'alcool, finalement interdite en 1991 (31) (34), et est parvenu en 2009 au maintien de la publicité sur internet (35). La lutte contre la consommation d'alcool semble donc commencer où la vie d'autrui est mise en danger, en particulier sur la route, avec un abaissement du seuil légal d'alcoolémie au volant à 0.5g/L en 2007, et un durcissement des sanctions pénales à l'égard des responsables d'accidents lors de conduite en état d'ivresse.

A l'inverse de cette vision sociale et sanitaire presque rassurante (36) quant au risque alcool, le durcissement progressif de la règlementation anti-tabac, depuis la loi Veil en 1976, en passant par la loi Evin en 1991, jusqu'aux plus récentes interdictions de fumer dans les bars et restaurants, associé à l'augmentation progressive des taxes sur le tabac, et aux campagnes d'information audiovisuelles, ont montré une volonté politique et sanitaire de non-valorisation et de lutte contre le tabagisme.

### 5.1.2 Des attitudes différentes pour les consommateurs d'alcool selon le risque perçu

Néanmoins ce travail permet de nuancer cette tendance à sous-estimer les risques liés à l'alcool, en mettant en évidence des différences significatives entre les réponses des consommateurs d'alcool à risque et non à risque. On observe chez les patients les plus à risque un plus grand besoin de réduire la consommation et un stade de décision au changement plus avancé, une plus grande motivation, comme l'ont également montré d'autres études (37). La motivation est l'ensemble des facteurs physiologiques, cognitifs, affectifs, sociaux et culturels, qui interagissent face à une situation donnée, pour pousser un organisme à agir et à aller vers une situation plus satisfaisante : elle signifie que l'individu est prêt au changement (38). Ainsi, les réponses des consommateurs d'alcool à risque se rapprochaient d'avantage de celles des fumeurs, en ce qui concernait leurs attitudes en termes de réduction des risques liés à leurs consommations.

Ces résultats peuvent être interprétés de deux façons :

- Les patients les plus à risque étaient les plus demandeurs. Les patients non à risque estimaient à juste titre que réduire leur consommation était inutile.
- Les patients qui avaient pris conscience du risque alcool, classés DETA2, étaient à un stade de décision au changement (de Prochaska et Di Clemente) (39) plus avancé (« contemplation », « préparation » ou « action ») que certains patients DETA1, qui n'avaient pas encore conscience de ce risque (stade de « pré-contemplation), et étaient dans le déni du mésusage.

La deuxième hypothèse semble la plus juste au regard du petit nombre de patients DETA2 retrouvés dans cette étude. Il serait donc nécessaire de provoquer une prise de conscience chez les patients à risque qui s'ignorent, et le médecin généraliste pourrait être l'interlocuteur privilégié pour réaliser le repérage de ces patients.

Néanmoins, le chemin à parcourir entre la prise de conscience du risque, la décision de changement de comportement, et le changement lui-même, reste long. Après avoir aidé le patient à prendre conscience du risque, le médecin généraliste doit pouvoir être présent pour soutenir le patient, ou lui proposer un soutien extérieur, afin de renforcer sa motivation, et l'accompagner dans son cheminement intérieur vers cette modification comportementale.

# 5.2 Comparaison des attentes des patients suivis en médecine générale pour réduire les risques alcool et tabac

## 5.2.1 Faible demande des consommateurs d'alcool versus légitimité des médecins

Selon ce travail, les fumeurs attendaient un plus grand soutien de la part de leur médecin généraliste que les consommateurs d'alcool (p<0,0001). En effet, seuls 5,6 % des patients ont dit souhaiter recevoir une information concernant leur consommation d'alcool par leur médecin généraliste.

Le mésusage d'alcool fait rarement l'objet d'une demande de soins. En 2004, sur 3 760 consultations, l'observatoire de médecine générale de la SFMG (40) en a relevé seulement 1,21 % dont le motif était un problème avec l'alcool (1,97 % chez les hommes, et 0,57 % chez les femmes).

Néanmoins, les patients du groupe DETA2 étaient nettement plus favorables (39,1 %) à une action de la part de leur médecin traitant que les patients du groupe DETA1 (1,9 %) (p<0,0001). Il semblait également que les patients DETA2 fumeurs étaient plus demandeurs de soutien que tous les autres groupes, mais la faible taille de cet échantillon, qui ne comptait que 11 patients, est à l'origine d'un manque de puissance empêchant de conclure en ce sens.

Concernant la légitimité du rôle d'information du médecin, elle a été réaffirmée par les patients. Cinquante consommateurs d'alcool ont choisi les conseils individuels du médecin traitant comme soutien pour réduire leur consommation; et 41 fumeurs ont choisi les conseils individuels du médecin traitant comme soutien pour arrêter de fumer. Les autres types de soutien arrivaient loin derrière.

Selon une enquête menée en Ile-de-France (41) auprès de 1600 patients sur les connaissances relatives aux consommations de substances, les patients étaient bien informés sur les risques liés à l'alcool lors de la conduite automobile, mais moins de ceux pour la santé ; près de 90 % d'entre eux jugeaient que le médecin généraliste était dans son rôle en abordant les questions liées au tabagisme et à la consommation d'alcool. De même, une autre étude menée en Ile-de-France en 2002 (42) auprès de 2533 patients a montré que 85 % des patients trouvaient légitime que le médecin questionne les patients sur leur statut tabagique ; ce chiffre était plus élevé chez les fumeurs qui avaient déjà fait une tentative de sevrage. Une information par le médecin sur les conséquences du tabac sur la santé était mieux acceptée par les patients qui avaient conscience des dangers du tabac. Les médecins généralistes étaient ceux qui recueillaient le plus de confiance de la part des patients (95 %), alors que la crédibilité de l'Etat en matière de lutte anti-tabac paraissait mise en cause (seuls 67 % des patients avaient confiance).

Tous ces chiffres confirment une demande d'information de la part des patients, plus importante pour le tabac que pour l'alcool, et qui augmente avec le degré de perception du risque. Le généraliste est l'interlocuteur privilégié par les patients dans un objectif de réduction des risques liés à l'alcool et au tabac. La méthode d'information de choix est le conseil individuel.

## 5.2.2 Une information plus facile auprès des fumeurs que des consommateurs d'alcool ?

Les résultats de ce travail ont montré que la consommation d'alcool avait été moins abordée par le médecin généraliste auprès des patients interrogés que le tabagisme (p<0,0001). Cette tendance est retrouvée dans d'autres études (43) (18). Par ailleurs, les patients identifiés DETA2 étaient plus souvent informés par leur médecin généraliste en ce qui concernait les risques liés à l'alcool que les patients DETA1 (p<0,01). Lorsque l'on compare la demande des patients au niveau d'information délivré en consultation de médecine générale, on constate une certaine adéquation. Il semble donc que les patients demandeurs aient globalement été informés. Les médecins apportaient donc des réponses aux demandes des patients, quand elles étaient formulées explicitement.

Néanmoins, d'autres études ont montré l'intérêt de repérer et de sensibiliser des patients non demandeurs d'aide, qui ont souvent un plus faible niveau de perception du risque (41) (11). Avec environ un patient sur cinq présentant un mésusage d'alcool, le généraliste a un rôle de repérage et de sensibilisation primordial. Pour ceci, il dispose d'outils de repérage évalués et validés, tels que la Consommation Déclarée d'Alcool (CDA), le questionnaire « Alcohol Use Disorders Identification Test » (AUDIT) ou sa version française simplifiée, le questionnaire FACE. Le repérage à lui seul a une efficacité démontrée sur la réduction de la consommation d'alcool (16). L'Intervention Brève (IB) est un outil complémentaire, qui permet de renforcer les bénéfices obtenus, mais elle nécessite une formation minimale des médecins. En 2006, après qu'il eut fait la preuve de son efficacité dans cinq départements, la DGS (Direction Générale de la Santé) a tenté de diffuser à l'ensemble du territoire la formation des médecins généralistes au RPIB (Repérage Précoce et Intervention Brève) pour les patients présentant un mésusage d'alcool sans dépendance (16). L'OFDT (9) a évalué les dispositifs de formation des médecins généralistes, et l'évolution des pratiques professionnelles de cers derniers concernant le RPIB. En 2007, 920 médecins généralistes ont été formés, avec une évolution positive de leurs pratiques, de leurs perceptions du risque alcool et de leurs connaissances (44). Ces résultats montrent l'intérêt de poursuivre l'effort engagé en 2006 par la DGS, auprès du plus grand nombre possible de médecins.

Ainsi, les patients trouvent légitime de s'entretenir sur la thématique de l'alcool avec leur médecin, il existe des stratégies de repérage et d'intervention efficaces et validées, des formations sont de plus en plus facilement accessibles, et pourtant, une question subsiste. Pourquoi est-il si difficile de parler d'alcool en consultation de médecine générale ?

Le médecin généraliste est lui aussi confronté à ses propres représentations culturelles et sociales de l'alcool (45). La consommation et le positionnement du médecin lui-même par rapport à la substance peuvent influencer son attitude en consultation. Il peut également craindre qu'une information délivrée en dehors de toute demande soit perçue comme une intrusion par les patients (11) (46). Tout ceci peut aboutir à un tabou (47). Par ailleurs, les médecins souffrent d'un sentiment d'inutilité dans ce domaine (19), en raison d'échecs fréquents, ou par anticipation de l'échec. S'il paraît relativement aisé de repérer le patient « alcoolique », et de lui proposer une attitude thérapeutique conforme à des schémas médicaux traditionnels, il semble plus difficile de repérer le patient consommateur à risque. Le médecin est confronté à une ambivalence : le désir de servir l'intérêt du patient en enrichissant son comportement professionnel de pratiques nouvelles, comme le repérage de la consommation d'alcool à risque d'une part, et le sentiment d'inutilité, de manque d'importance du changement, par trop faible perception du risque alcool d'autre part. En effet, la mortalité liée à l'alcool est souvent attribuée dans l'inconscient collectif aux personnes alcoolo-dépendantes, qui ne représentent en réalité que la moitié des victimes (19). Les médecins se sentent également insuffisamment formés en alcoologie (20), notamment dans le cadre de l'Intervention Brève; ils manquent de temps dans un système de rémunération à l'acte et de pénurie de médecins, et ne se sentent pas valorisés par une rémunération spécifique (11). Leurs représentations de leur rôle préventif peuvent influencer leur pratique dans un sens ou dans l'autre (19). La précédente étude réalisée par EUROPREV, sur les points de vue des médecins généralistes européens en termes de prévention, avait montré, qu'ils étaient convaincus de la nécessité d'informer les patients sur les mesures hygiéno-diététiques, mais qu'il leur était plus facile de recourir à la prescription d'examens paracliniques ou d'avis spécialisés pour dépister ces risques, qu'au conseil individuel (48).

Tous ces obstacles et résistances de la part des médecins généralistes sont renforcés par une méconnaissance des attentes de leurs patients, qui leur accordent autant de légitimité pour une information ciblée sur l'alcool que sur le tabac. En pratique, malgré l'absence de demande explicite de la grande majorité des patients, il est nécessaire que le médecin aborde de sa propre initiative la thématique de l'alcool en consultation au même titre que la thématique du tabac.

En ce qui concerne le tabagisme, plus de deux tiers des fumeurs (72,7 %) avaient été informés par leur médecin traitant, dont près de la moitié (48,9 %) dans l'année. Il restait tout de même 23,9 % des fumeurs qui n'avaient jamais parlé de leur consommation en consultation de médecine générale, malgré l'efficacité reconnue du conseil minimal (49) (50) (51) qui est partie intégrante de la Conférence de consensus sur le sevrage tabagique de 1998 (17) d'une part, et la demande d'information par les patients d'autre part (42).

En 2002, une enquête réalisée dans la région de Saint-Étienne avait retrouvé un pourcentage de médecins déclarant interroger systématiquement leurs patients sur leur statut tabagique de 80 % (52). Ainsi, malgré des résultats concordants avec les données de la littérature, qui montrent une meilleure information des patients sur le tabagisme que sur la consommation d'alcool à risque, les interventions brèves de repérage des fumeurs ne sont pas systématiques pour tous les médecins.

Plusieurs facteurs peuvent influencer les médecins dans le message de prévention qu'ils délivrent vis-à-vis du tabac. Dans l'étude menée en 2002, plus les médecins étaient jeunes, plus ils interrogeaient sur le statut tabagique. Les médecins femmes le demandaient de façon plus systématique que les hommes (52). Les médecins peuvent également être influencés par leur propre statut tabagique: une autre étude, menée dans la Vienne en 2006, a montré que les médecins fumeurs demandaient moins souvent à leurs patients s'ils fumaient (p=0,036) et s'ils envisageaient d'arrêter de fumer (p=0,045) que les non-fumeurs et ex-fumeurs. Les médecins fumeurs se différenciaient des non-fumeurs et des ex-fumeurs en pensant souvent que leur tabagisme n'avait pas d'influence ou qu'il favorisait la communication avec le patient (p<0,0001) (53).

Nous avons observé au cours des dernières décennies une amélioration des compétences et des pratiques des médecins généralistes grâce à la formation médicale continue (54), en particulier grâce au programme de formation NICOMEDE créé par la DGS (Direction Générale de Santé) (55), et à la formation médicale initiale (56). Néanmoins, il persiste des insuffisances, qu'il faut tenter de réduire en prenant en compte les représentations et attitudes des médecins eux-mêmes vis-à-vis du tabagisme, et tout ce qui peut apporter une résistance à leur action, dans le cadre de ces formations au conseil minimal.

## 5.3 Limites de ce travail

Ce travail présente certaines limites qu'il est nécessaire de mentionner.

### 5.3.1 Limites liées à l'échantillonnage initial

La première limite est liée à la réduction de l'échantillon interrogé (327 patients au lieu de 400 attendus) du fait d'une impossibilité d'inclure suffisamment de patients dans les délais impartis, notamment dans un des centres, qui n'a recruté que 2 patients; ce qui diminue la puissance de l'étude. De plus, les patients devaient être strictement appariés sur les tranches d'âge et sur le sexe. Du fait de la réduction de taille de l'échantillon, l'appariement n'a pas pu être totalement réalisé.

Par ailleurs, les cabinets médicaux ont été recrutés par un appel à candidature de la SFMG, auquel ils ont répondu positivement. Ceci témoigne d'un intérêt particulier pour la prévention en médecine générale. Les patients recrutés dans ces centres ne sont donc peut-être pas totalement représentatifs de la population générale suivie en médecine générale.

## 5.3.2 Limites méthodologiques

L'interrogatoire des patients à l'aide d'auto-questionnaires a pu aboutir à des biais de mémorisation, ou à des erreurs liées à des difficultés de compréhension des questions. La supervision par une tierce personne a rarement pu être réalisée faute de temps et de personnel disponible pour effectuer cette tâche dans les centres médicaux. Les patients ont pu également être gênés par certains tabous, notamment en ce qui concerne la question de l'alcool, puisque les questionnaires étaient ensuite remis au médecin ou à une personne travaillant dans le centre médical où ils étaient suivis.

Les critères utilisés pour distinguer les patients consommateurs à risque et non à risque peuvent être insuffisants pour dépister tous les consommateurs à risque. Nous avons utilisé des questions issues du questionnaire DETA, qui a une sensibilité de 78 % et une spécificité de 76 %; nous n'avons pas pris en compte la consommation déclarée d'alcool quotidienne. Ainsi la méthode utilisée pour distinguer les deux types de consommateurs d'alcool est peut-être en partie responsable du faible nombre de consommateurs DETA2.

Nous avons obtenu des groupes de patients « fumeurs », de patients « DETA2 », et surtout de patients « DETA2 fumeurs » de petites tailles, avec respectivement 88, 23 et 11 patients. Ceci peut les rendre peu représentatifs de la population générale et limiter l'interprétation des résultats d'une part, et engendrer un manque de puissance d'autre part. Ainsi, aucune des différences observables sur les graphiques entre les patients « DETA2 », et les patients « DETA2 fumeurs » n'était statistiquement significative. Toutefois, les graphiques nous ont permis d'observer des tendances intéressantes, qu'il serait utile d'étudier avec des groupes de patients plus importants.

Titre : Attitudes des patients suivis en médecine générale vis-à-vis des risques alcool et tabac – Travail de thèse réalisé à partir des données françaises de l'étude EUROPREVIEW

## 6 CONCLUSION

En 2010, la mortalité évitable a été principalement liée à des comportements à risque (tabagisme, mésusage d'alcool, conduites dangereuses, suicide, etc...) et a représenté environ un tiers des décès survenus avant 65 ans en France (57). De par sa fonction, le médecin généraliste est un interlocuteur privilégié pour dépister et prendre en charge ces conduites à risque.

Ce travail nous a permis d'étudier l'interaction patient-médecin mise en jeu lors de la recherche et de la prise en charge des risques liés au tabagisme et/ou au mésusage d'alcool. Nous avons choisi de nous intéresser au point de vue des patients. Ainsi, nous avons observé une tendance des patients consommateurs à minimiser le risque alcool, alors que le tabagisme était perçu comme une conduite à risque par la majorité des fumeurs. Seuls les patients ayant un test DETA positif semblaient conscients du risque lié au mésusage d'alcool. Les attitudes de ces derniers pour réduire le risque lié à l'alcool se rapprochaient alors de celles des fumeurs pour arrêter de fumer.

Concernant les attentes des patients, nous avons constaté une plus grande demande de soutien auprès du médecin généraliste de la part des fumeurs que de la part des consommateurs d'alcool. Néanmoins, tous accordaient au médecin une entière légitimité dans son rôle d'information et de prévention vis-à-vis de ces deux risques. L'information délivrée par les médecins généralistes semblait en adéquation avec les demandes des patients, qui étaient relativement explicites pour le risque tabac, et rarement formulées pour le risque alcool. Toutefois, l'information nécessaire à la prise de conscience des risques, notamment du mésusage d'alcool rarement perçu par les patients, n'était pas suffisante.

Selon la littérature, les résistances des médecins pour aborder la problématique de l'alcool sont liées à un sentiment d'inutilité de la démarche, à une faible perception du risque alcool (29), à une peur du tabou (47), et à un manque de temps et/ou de rémunération (19) (20). La formation médicale continue permet d'atténuer la plupart de ces résistances (44). Du côté des patients, la méconnaissance du risque est le plus grand obstacle à la demande de soutien (30). Cela confirme la nécessité de dépister, en consultation de médecine générale, les risques liés à l'alcool et au tabac à l'aide des outils de repérage disponibles et validés (11) (51), même en l'absence de demande de la part des patients. La réalisation dans un deuxième temps d'une intervention brève chez les patients à risque implique une certaine aisance dans ce domaine de la relation, qui peut être acquise dans le cadre de la formation médicale continue.

Ces données et analyses quantitatives nous ont apporté un éclairage sur les perceptions des patients concernant les risques liés au mésusage d'alcool et au tabagisme, et la place qu'ils étaient prêts à accorder à leur médecin pour réduire ces risques. Ce travail mériterait d'être prolongé par une étude qualitative, qui pourrait faire apparaître de nouveaux champs de réflexion, et ne pas limiter les réponses des patients à des propositions faites par des soignants.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER Grenoble, le 14 mars 2011

Monsieur le Pr Bernard SELE Doyen de la Faculté de Médecine Monsieurye Pr Christophe PISON

39

## 7 BIBLIOGRAPHIE

- 1. WONCA Europe. World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, ou World Organization of Family Doctors. [En ligne] [Citation: 26 Mars 2011.] http://www.woncaeurope.org. [En ligne].
- 2. EUROPREV, Brotons C, Wilde D, et al. European network for prevention and health promotion. Réseau de prévention européen. [En ligne] [Citation : 26 Mars 2011.] http://www.europrev.org/..
- 3. *EUROPREV asks patients about preventive services.* **EUROPREV, Brotons C, Wilde D, et al.** Barcelona: European Journal of General Practice, Mars 2010, Vol. Vol. 16. Pages 59-59: 59.
- 4. *EUROPREVIEW study and Wonca Europe conference.* **EUROPREV, Brotons C, et al.** Barcelona : European Journal of General Practice, Juin 2010, Vol. Vol. 16. Pages 122-122: 122.
- 5. **SFMG, Duhot D, Hebbrecht G, et al. Société Française de Médecine Générale.** [En ligne] [Citation : 03 Février 2011.] http://www.sfmg.org/.
- 6. **INPES. Groupe Huveaux France.** La santé va trinquer. *Actualités Alcool Lettre bimestrielle d'information sur les effets de l'alcool.* Novembre-Décembre 2005, Vol. 28.
- 7. **Baudier F, Beck F, Bocquier A, et al.** Baromètre Santé Nutrition L'essentiel Consommations de Boissons Alcoolisées. 2008.
- 8. **Gouvernement Français.** tabac.gouv.fr. [En ligne] [Citation : 03 Février 2011.] http://www.tabac.gouv.fr/.
- 9. **OFDT.** Observatoire français des drogues et des toxicomanies. [En ligne] [Citation : 03 Février 2011.] http://www.ofdt.fr.
- 10. **INPES.** . Buveurs excessifs : surtout des hommes de 25 à 64 ans. *Actualités alcool.* Avril 2008, Vol. 38.
- 11. **Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y.** Le mésusage de l'alcool : repérage et intervention brève en médecine générale. *Médecine*. Septembre 2006.
- 12. **INPES.** tabac info service. [En ligne] [Citation : 03 Févier 2011.] http://www.tabac-info-service.fr/professionnels-de-sante.
- 13. **Observatoire Régional de Santé Bretagne.** *Les conduites de consommation d'alcool et de tabac.* Octobre 2000.
- 14. **Dedianne MC, Hauzanneau P.** Attentes et perceptions de la qualité de la relation médecinmalade par les patients en médecine générale : une application de la méthode des focus groups. Grenoble : s.n., 10 décembre 2000.
- 15. **CNGE, D Pouchain, C Attali, J de Butler, et al.** *Médecine Générale, Concepts et Pratiques.* Paris : Masson, 1996.
- 16. INPES. Le RPIB est diffusé au niveau national. Actualités Alcool. Février 2007, Vol. 31.
- 17. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Conférence de Consensus Arrêt de la Consommation du tabac. [En ligne] 1998. [Citation : 03 Février 2011.] http://tabac-net.aphp.fr/tab-soigner/ts-consensus/ts-consensus.html#texte.
- 18. **Johansson K, Bendtsen P, Akerlind I.** Advice to patients in Swedish primary care regarding alcohol and other lifestyle habits: how patients report the actions of FP/GPs in relation to their own expectations and satisfaction with the consultation. *European Journal of Public Health*. 2005, Vol. 15, p.615-620.
- 19. **Michaud P.** Qu'est-ce qui peut bien motiver le médecin généraliste à parler d'alcool avec ses patients ? Editorial. *Médecine*. Septembre 2006, Vol. 2, n°7, p.291-292.

- 20. **Nalpas B, Lemaître R, Dalbies PA, et al.** Attitudes et opinions des médecins libéraux sur l'alcoolisme. Une enquête en région Languedoc-Roussillon. *Presse Médicale*. 2003, Vol. 32, p.391-399.
- 21. L'éducation pour la santé en médecine générale. De La fonction curative à la fonction éducative. Education pour la santé, pour mieux vivre. Sandrin Berthon B, Aujoulat I, Ottenheim C, et al. Château de Mialaret (Corrèze) : s.n., Université d'été, 4 au 7 juillet 1996.
- 22. Malherbe JF. Pour une éthique de la médecine. Bruxelles : Catalyses, 1990.
- 23. Attitudes to preventive services and to lifestyle: the views of patients. Europreview patient study. *Protocol.* **EUROPREV, Brotons C, et al.** Barcelona : s.n., Juillet 2008.
- 24. **INSEE.** Code officiel géographique des communes. [En ligne] http://www.insee.fr/fr/methodes/nomenclatures/cog/.
- 25. Adequacy of sample size in health studies. **Lemeshow S, Hosmer D, Klar J, et al.** New York : s.n., 1990.
- 26. **INPES-OFDT.** Beck F, Legleye S, Le Neyzet O, et al. Atlas Régional des Consommations d'Alcool 2005 p.96. *inpes.fr.* [En ligne] 2005. [Citation : 10 03 2011.] http://www.inpes.sante.fr/.
- 27. **Mouquet MC, et al.** Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné. *DREES. Etudes et résultats.* 2002, Vol. 11, p.192.
- 28. **INPES.** Dossier de presse Baromètre Santé 2005. *www.inpes.sante.fr.* [En ligne] 9 Mars 2005. [Citation: 10 Mars 2011.] http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/06/dp060309.pdf.
- 29. **Arborelius E, Damstrom-Takker K.** Why is it so difficult for general practitioners to discuss alcohol with patients? *Family Practitionner*. 1995, Vol. 12, p.419-422.
- 30. **Chayet D.** Les consommateurs sous-estiment le risque alcoolique Revue de presse du 10 Mars 2011. *lefigaro.fr.* [En ligne] 10 Mars 2011. [Citation : 10 Mars 2011.] http://www.lefigaro.fr/sante/2011/03/09/01004-20110309ARTFIG00743-les-consommateurs-sous-estiment-le-risque-alcoolique.php.
- 31. **Maurin L.** Comment le lobby de l'alcool bloque la loi Evin. *Alternatives Economiques* . Juillet 1994, n° 119.
- 32. **Esculape.** La prise en charge de 400 millions de buveurs excessifs en France. Boire moins, c'est mieux. [En ligne] http://www.esculape.com/hepatogastro/alcool mesusage.html.
- 33. Estrogen Receptor Alpha as a Key Target of Red Wine Polyphenols Action on the Endothelium. Chalopin M, Tesse A, et al. Issue 1, e8554, Angers : s.n., Janvier 2010, Vol. 5.
- 34. Alcool, les lobbies encore vainqueurs ? Alternatives Economiques . avril 1999, n° 169.
- 35. L'alcool, interdit aux mineurs, fera sa pub sur internet. Le Nouvel Obs.com.
- 36. "Boire mieux pour protéger son coeur" : un slogan à interpréter avec modération ! Nalpas B, INSERM. 8, p.2-3, s.l. : Actualités Alcool, Juillet/Août 2002.
- 37. **Williams EC, Kivlahan DR, Saitz R et al.** Readiness to Change in Primary Care Patients Who Screened Positive for Alcohol Misuse. *Ann Fam Med.* 2006, Vol. 4, p. 213-220.
- 38. *Vers une définition consensuelle du discours-changement.* **Miller WR, Moyers TB, Amrhein P, et al.** Avril 2007.
- 39. **Prochaska J, Di Clemente C.** Le modèle de changement transthéorique de James Prochaska et Carlo DiClemente. 1982.
- 40. **Société Française de Médecine Générale.** Données de l'Observatoire de la médecine générale. *La Revue du Praticien Médecine Générale.* 2004, Vol. 18, p.650-651.

- 41. **Bertholet N, et al.** Efficacité de l'intervention brève. *Alcoologie et Addictions.* 2003, Vol. 25, p.59S-63S.
- 42. **Observatoire régionale de santé d'Ile-de-France Gremy I, Halfen S, et al. .** Les connaissances, attitudes et perceptions des Franciliens à l'égard du tabac. Septembre 2002.
- 43. **Arndt S, Schultz SK, Turvey C, Petersen A.** Screening for alcoholism in the primary care setting. *Journal of Family Practice*. 2001, Vol. 51, p.41-46.
- 44. **OFDT.** Espace RPIB Principaux résultats d'évaluation 2007-2008. *www.ofdt.fr.* [En ligne] 2008. [Citation: 10 Mars 2011.] http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/reserve/rpib-4.html#12.
- 45. **Michaud P, et al.** Alcool, tabac, drogue : le public fait confiance aux médecins. *La Revue du Praticien Médecine Générale*. 2003, Vol. 611, p.605-608.
- 46. **Wallace PG, Brennana PJ, Haines AP.** Are general practitioners doing enough to promote healthy lifestyle? Findings of the Medical Research Council's General practice research framework study on lifestyle and health. *British Medical Journal*. 1987, Vol. 294.
- 47. **Bouix JC, et al.** Parler d'alcool reste un sujet tabou. *La Revue du Praticien Médecine Générale.* 2002, Vol. 588, p.1488-1492.
- 48. **EUROPREV. Brotons C, Björkelund C, Bulc M, et al.** Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Preventive Medecine*. 2005, Vol. 40, p.595-601.
- 49. **Pôle Ressource National médecine générale et conduites addictives Davier J, Duros JL, et al.** Le repérage du statut tabagique et le conseil minimal. *http://www.drogues.gouv.fr.* [En ligne] Décembre 2007.
- 50. **Dupont P.** Le rôle du médecin généraliste. *La Revue du Praticien Médecine Générale.* 2002, Vol. 16, p.485-487.
- 51. **Lancaster T, Stead L, Silagy C et al.** Effectiveness of interventions to help people stop smoking : findings from the Cochrane library. *BMJ*. 2000, Vol. 321, p.355-358.
- 52. **Garrigues-Naserzadeh N, et al.** Le médecin généraliste face à un patient fumeur. *La Revue du Praticien Médecine Générale*. 2002, Vol. 16, p.600-604.
- 53. **Underner M, Ingrand P, Allouch A, et al.** Influence du tabagisme des médecins généralistes sur leur pratique du conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac. *Revue des maladies respiratoires*. 2006, Vol. 23, 5.
- 54. **Dupont P.** Le médecin généraliste et le tabac, Formation des médecins généralistes. Hôpital Albert Chenevier, Créteil : s.n., 2005.
- 55. Formation continue des médecins généralistes sur le tabagisme Programme Nicomède. Repères Formation, adsp. Ligue nationale contre le Cancer. Lecain A, et al. . Septembre 2000, Vol. 32, p.75.
- 56. Addiction et conduites dopantes : épidémiologie, prévention, dépistage. Morbidité, comorbidité et complications. Prise en charge, traitements substitutifs et sevrage : alcool, tabac, psycho-actifs et substances illicites. Examen Classant National Module 3 Item 45.
- 57. **Duchemin C.** Mortalité "évitable" chez les jeunes : la France peut mieux faire. *droit-medical.com.* [En ligne] 28 Juillet 2010. [Citation : 13 Mars 2011.] http://droit-medical.com/actualites/27-humeur/817-mortalite-evitable-jeune-france-peut-mieux-faire.

## 8 ANNEXES

## 8.1 Annexe 1: auto-questionnaire patient



EUROPEAN NETWORK FOR PREVENTION AND HEALTH PROMOTION

www.europrev.org



Société Française de Médecine Générale www.sfmg.org

## Brochure d'information pour le patient

Vous êtes invités à partager vos opinions et attentes concernant la prévention et les styles de vie. Si vous désirez participer à cette enquête, lisez attentivement ce qui suit avant de commencer à répondre au questionnaire.

Qui organise cette étude ?

Cette étude est organisée par « EUROPREV » le Réseau européen pour la Prévention et la Promotion de la santé en Médecine de famille et médecine générale (un groupe d'étude scientifique international de médecins généralistes) avec la collaboration de votre médecin de famille et, lorsque cela a été nécessaire, approuvé par le Comité d'Ethique ad hoc.

#### Quel est son objectif?

En tant que patient, comprendre vos représentations et attentes concernant la prévention et les conseils de mode de vie que vous recevez dans votre cabinet médical.

Dois-je répondre à toutes les questions ?

Répondez au plus grand nombre de questions. Il n'existe pas de bonne ou de mauvaise réponse. Soyez le plus honnête possible et si vous ne savez pas répondre passez à la question suivante.

Si après avoir répondu à ces questions vous désirez parler de l'un des sujets abordés, n'hésitez pas à le faire avec votre interlocuteur pour cette enquête. Vous serez le/la bienvenu(e).

Qui peut participer ?

Cette étude est destinées aux personnes agées de 30 ans et plus. Si vous avez moins de 30 ans, vous pouvez trouver intéressant de répondre à ces questions et/ou d'en parler avec votre médecin, mais vos réponses ne seront pas prises en compte pour l'étude.

Suis-je obligé d'y participer et cela affecte t-il mes droits ?

Il vous appartient de décider de participer ou non à cette étude. Si vous ne désirez pas participer l'attention médicale dont vous bénéficiez ne sera en aucun cas affectée. Les données sont recueillies de manière anonyme et seront analysées sous la supervision d' « EUROPREV » - Réseau européen pour la Prévention et la Promotion de la santé en Médecine de famille et médecine générale.

Que dois-je faire ?

Si vous décidez de participer, votre docteur ou infirmière vous demandera de signer un formulaire stipulant que vous êtes d'accord avec les principes de l'étude.

Que se passera t-il avec les résultats ?

Vous êtes invité(e) à discuter de vos réponses avec l'infirmière ou le docteur. Les résultats de l'étude internationale seront publiés dans les revues scientifiques pertinentes.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette brochure et d'envisager de participer à notre étude.

Votre médecin

L'équipe du cabinet médical

For researcher's use only:  Researcher Patient
Date à laquelle vous répondez à ce questionnaire: jour mois année année
I. QUESTIONS VOUS CONCERNANT
1. Date de naissance ? (jour) / (mois) / 19 (année)
2. Vous êtes : un homme une femme
3. Vous êtes :
<ul> <li>□ marié(e) ou en couple ?</li> <li>□ pas marié(e) et vous ne vivez pas en couple ?</li> <li>□ séparé(e) ou divorcé(e) ?</li> <li>□ veuf / veuve ?</li> </ul>
4. Combien d'années d'étude à plein temps (comprenant la scolarité obligatoire jusqu'à 16 ans, et éventuellement le lycée et l'enseignement supérieur – par exemple jusqu'en 3 <sup>er™</sup> cela fait 9 années d'étude et jusqu'au bac cela fait 12 années) avez-vous terminées ?
éventuellement le lycée et l'enseignement supérieur – par exemple jusqu'en 3 et a Gala fait 9 années d'étude et
éventuellement le lycée et l'enseignement supérieur – par exemple jusqu'en 3 em cela fait 9 années d'étude et jusqu'au bac cela fait 12 années) avez-vous terminées ?
éventuellement le lycée et l'enseignement supérieur – par exemple jusqu <sup>T</sup> en 3 <sup>erra</sup> celà fait 9 années d'étude et jusqu'au bac cela fait 12 années) avez-vous terminées ?
éventuellement le lycée et l'enseignement supérieur – par exemple jusqu <sup>*</sup> en 3 <sup>èrre</sup> celà fait 9 années d'étude et jusqu'au bac cela fait 12 années) avez-vous terminées ?  La années  5. Quel est le plus haut niveau d'étude atteint ?
éventuellement le lycée et l'enseignement supérieur – par exemple jusqu <sup>*</sup> en 3 <sup>erra*</sup> celà fait 9 années d'étude et jusqu'au bac cela fait 12 années) avez-vous terminées ?  La années  5. Quel est le plus haut niveau d'étude atteint ?  Primaire (maternelle – CM2)
éventuellement le lycée et l'enseignement supérieur – par exemple jusqu'en 3 em cela fait 9 années d'étude et jusqu'au bac cela fait 12 années) avez-vous terminées ?  La années  5. Quel est le plus haut niveau d'étude atteint ?  Primaire (maternelle – CM2) Secondaire (Collège - Lycée)
éventuellement le lycée et l'enseignement supérieur – par exemple jusqu'en 3 em cela fait 9 années d'étude et jusqu'au bac cela fait 12 années) avez-vous terminées ?  La années  5. Quel est le plus haut niveau d'étude atteint ?  Primaire (maternelle – CM2) Secondaire (Collège - Lycée) Enseignement supérieur (Université / post-bac)  6. Quelle est votre situation professionnelle actuelle ?
éventuellement le lycée et l'enseignement supérieur – par exemple jusqu <sup>*</sup> en 3 <sup>ema*</sup> celà fait 9 années d'étude et jusqu'au bac cela fait 12 années) avez-vous terminées ?  La années  5. Quel est le plus haut niveau d'étude atteint ?  Primaire (maternelle – CM2)  Secondaire (Collège - Lycée)  Enseignement supérieur (Université / post-bac)
éventuellement le lycée et l'enseignement supérieur – par exemple jusqu'en 3 em cela fait 9 années d'étude et jusqu'au bac cela fait 12 années) avez-vous terminées ?  La années  5. Quel est le plus haut niveau d'étude atteint ?  Primaire (maternelle – CM2) Secondaire (Collège - Lycée) Enseignement supérieur (Université / post-bac)  6. Quelle est votre situation professionnelle actuelle ?  Employé / indépendant
éventuellement le lycée et l'enseignement supérieur – par exemple jusqu'en 3 em celà fait 9 années d'étude et jusqu'au bac cela fait 12 années) avez-vous terminées ?  La années  5. Quel est le plus haut niveau d'étude atteint ?  Primaire (maternelle – CM2) Secondaire (Collège - Lycée) Enseignement supérieur (Université / post-bac)  6. Quelle est votre situation professionnelle actuelle ?  Employé / indépendant Étudiant
éventuellement le lycée et l'enseignement supérieur – par exemple jusqu'en 3 em cela fait 9 années d'étude et jusqu'au bac cela fait 12 années) avez-vous terminées ?  La années  5. Quel est le plus haut niveau d'étude atteint ?  Primaire (maternelle – CM2) Secondaire (Collège - Lycée) Enseignement supérieur (Université / post-bac)  6. Quelle est votre situation professionnelle actuelle ?  Employé / indépendant Étudiant Mère / homme au foyer ou équivalent
éventuellement le lycée et l'enseignement supérieur – par exemple jusqu'en 3 em cela fait 9 années d'étude et jusqu'au bac cela fait 12 années) avez-vous terminées ?  La années  5. Quel est le plus haut niveau d'étude atteint ?  Primaire (maternelle – CM2) Secondaire (Collège - Lycée) Enseignement supérieur (Université / post-bac)  6. Quelle est votre situation professionnelle actuelle ?  Employé / indépendant Étudiant Mère / homme au foyer ou équivalent Retraité
éventuellement le lycée et l'enseignement supérieur – par exemple jusqu'en 3 em celà fait 9 années d'étude et jusqu'au bac cela fait 12 années) avez-vous terminées ?  La années  5. Quel est le plus haut niveau d'étude atteint ?  Primaire (maternelle – CM2) Secondaire (Collège - Lycée) Enseignement supérieur (Université / post-bac)  6. Quelle est votre situation professionnelle actuelle ?  Employé / indépendant Étudiant Mère / homme au foyer ou équivalent Retraité Chômeur  7. Combien de fois avez-vous fréquenté ce Centre Médical / Cabinet médical au cours des douze derniers
éventuellement le lycée et l'enseignement supérieur – par exemple jusqu'en 3 em celà fait 9 années d'étude et jusqu'au bac cela fait 12 années) avez-vous terminées ?

Maladies	Oui, mais sans traitement	Oui, avec traitement	Non
a. Tension artérielle élevée (hypertension)	0		
b. Taux élevé de cholestérol dans le sang (hypercholestérolémie)			
c. Taux élevé de sucre dans le sang (diabète)	0	0	
d. Crise cardiaque (infarctus du myocarde) ou douleur au niveau de la poitrine (angine de poitrine)	•	٠	٥
e. Insuffisance cardiaque	0	0	
f. Douleur du dos, des os, des articulations ou des muscles			
g. Bronchite chronique, asthme ou emphysème	•		
h. Gastrite ou ulcère			
i. Stress / angoisse			
j. Dépression			
k. Cancer - Si c'est le cas, spécifiez le type de cancer:	٥	0	_

□ Non
Oui – quelque peu mais pas plus que la moyenne
☐ Oui – plus que la moyenne
☐ Oui – ma vie est presque insupportable
<ol> <li>Savez-vous si l'un de vos proches parents (père, mère, frères et soeurs) souffre des problèmes suivants? (Indiquez tout ceux dont vous avez connaissance).</li> </ol>
☐ diabète☐ crise cardiague ou accident vasculaire cérébral
□ cancer du sein : → Si c'est le cas, à quel âge a-t-il été découvert :   ans
Si c'était une femme, était ce : □ avant la ménopause □ après la ménopause □ Je ne sais pas
> Si Cetali une remine, etali ce. La avant la menopause La apres la menopause La sene sais pas
II – QUESTIONS CONCERNANT VOTRE MODE DE VIE :
1. Je pense que mon alimentation est:
1. Je pense que mon alimentation est:  ☐ très malsaine ☐ plutôt malsaine ☐ relativement malsaine ☐ saine ☐ très saine

<sup>\*</sup> N'importe quelle activité allant de la marche à pied pour le plaisir, du ménage et jardinage à un rythme énergique / vigoureux, ou des sports plus intenses.

3. Quelle est votre conduite face au tabac ?			
☐ Je turne ☐ des cigarettes et/ou ☐ des (Indiquez toutes les formes de tabac que vous furnez) Si vo	cigares/cigarillos us fumez, passez <i>á l</i> a	etiou 🗖 la question nº	i pipe 5
☐ J'al arrêté de fumer II y a un an ou moins → passez á ☐ J'al arrêté de fumer II y a plus d'un an → passez á /a q ☐ Je n'al jamais fumé → passez á /a quest/on n'6			
<ol> <li>Comment êtee-vous parvenu(e) à arrêter de fumer ? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent à vous et pas</li> </ol>	ssez á la question nº6j		
□ sans aucune aide.     □ en participant à un groupe de soutien.     □ en utilisant des substituts nicotiniques (patch ou gomme à macher).     □ en utilisant des comprimés (bupropion, varenicline).	en utilisant un ou p en utilisant une the acuponcture, lase avec l'aide de mo autre:	ėrapie alterr r).	rres et/ou des brochures. native (hypnoses,
5. Combien de cigarettes / cigares / cigarillos / pipes fum	nez-vous parjour ?		
☐ moins d'un(e) ☐ 1-10 ☐ 11-20 ☐	plus de 20		
6. Quelle est votre consommation d'alcool (bière, v	vin ou spiritueux) :		
Aucune → passez a la question n°12 pour les fem     1 fois par mois ou moins     2-4 fois par mois     2-3 fois par semaine     4 fois ou plus par semaine	mes ou au III pour les	hommes	
7 Un jour normal, combien de verres buvez-vous ?			
0 0 1-2 0 3-4 0 5-6	6 🗖 7-9	☐ 10 o	u plus.
8. Est-ce qu'au cours de la dernière année, quelqu'un vo consommation d'alcool? 🔲 oul 🔲 non	us a dējā fait des ren	narques su	ir votre
<ol> <li>Vous êtes-vous dejà senti mai à l'aise ou coupable du d'aicool ?</li> <li>oul</li> <li>non</li> </ol>	fait de votre consom	mation	
10. Vous sentez-vous quelquefols gêné(e) / honteux(se)	d'avoir trop bu ?	out	non non
11. Avez-vous besoin de boire en vous levant pour calme	er vos nerfs?	out	non non
Pour les femmes seulement :			
12. Quand avez-vous réalisé votre dernier frottis?			
moins d'un an 1-3 ans 4-5 ans plus de 5 ans Jamais			

13. Quand avez-vous réalisé votre den	nière mammogr	aphle ?	
moins de 12 mois	☐ 1-2 ans	plus de 2 ans	☐ Jamais
III – QUEL EST VOTRE POINT DE V PREVENTION DES MALADIES	UE CONCERN	NANT LA PROMOTIC	ON DE LA SANTÉ ET LA

Pour votre santé, quelle importance accordez vous au fait :	Pas Important	Légérement Important	Important	Très Important
a. d'avoir une alimentation saine ?				
b. de pratiquer une activité physique régulièrement* ?	0	0	0	٥
c. d'avoir un poids normal ?				
d. de ne pas fumer ?				0
de boire modérément ou de ne pas boire du tout de boissons alcoolisées ?	0	0	0	0
f. d'avoir un niveau normal de cholestérol dans le sang ?		•	0	٥
g. d'avoir un niveau normal de sucre dans le sang ?				
h. d'avoir une pression artérielle normale ?				
I. d'être vacciné contre la grippe ?				
Pour les femmes seulement:				
j. de faire un frottis ?	0	0	•	
k. de faire une mammographie ?				

fau moins 30 minutes, 3 fois par semaine ou plus, marcher, faire du jardinage, faire du ménage régulièrement, ou pratiquer des sports plus intenses.

2A. Pensez-vous que vous <u>avez besoin</u> :	Sans objet parce que :	Non	Oul	Je ne sals pas
a. d'améliorer votre alimentation ?	☐ Je contrôle mes habitudes alimentaires			0
b. des faire plus d'activités physiques ?	☐ Je fals de l'exercice au moins 30 minutes, 3 fois par semaine ou plus			0
c. de ramener votre poids à la normale ?	☐ J'al un poids normal			
d. d'arrêter de fumer ?	☐ Je ne fume pas			
de réduire votre consommation d'alcool ?	☐ Je ne bols pas excessivement ou pas du tout	0		0

2B. Pensez-vous que vous avez besoin de :	Non	Oul	Je ne sals pas
f. faire doser votre cholestérol ?	0	0	0
g. faire doser votre taux de sucre dans le sang ?		0	
h. faire vérifier votre tension artérielle ?			
I. vous faire vacciner contre la grippe?	0	0	0
Pour les femmes seulement :			
J. de faire un frottis ?			
k. de faire une mammographie ?	0	0	

3B. Combien de fois <u>pensez-vous</u> <u>qu'il serait approprié de :</u>	Pas du tout	Je ne sals pas	Une fols par an ou plus souvent	Tous les 2 ans	Tous les 3 ans	Tous les 4 ans ou plus	
f. faire doser son niveau de cholestérol dans le sang ?	•	0	•			0	
g. faire doser son niveau de sucre dans le sang ?	•	0	0	0	•	•	
h. vérifier sa pression artérielle ?		٥	0		0	<b>-</b>	
I. se faire vacciner contre la grippe ?	0	٥	0	٥	0	٥	
Pour les femmes seulement :							
j. faire un frottis ?			•			۵	
k. faire une mammographie ?	0	•	0	0	0	٥	

4A. Jusqu'à quel point pensez-vous pouvoir :	Sans objet parce que :	Pas du tout sûre	Incertain(e)	Conflant(e)	Très conflant(e)
a. améliorer votre ailmentation ?	☐ Je contrôle mon allmentation :	0	0	0	٥
b. augmenter votre activité physique ?	☐ Je fals de l'exercice au moins 30 minutes, 3 fois par semaine ou plus	0	0	٥	٥
c. atteindre un poids normal ?	☐ J'al un polds normal	0	0	0	٥
d. arrêter de fumer ?	☐ Je ne fume pas	0	0	0	0
e. réduire votre consommation d'alcool ?	☐ Je ne bols pas excessivement ou pas du tout	0	0	٥	٥

4B. Jusqu'à quel point pensez-vous pouvoir bénéficier des soins suivant de manière habituelle ?	Pas du tout sûre	Incertain(e)	Conflant(e)	Très conflant(e)
f. doser le cholestérol dans le sang ?	0	0	0	
g. doser le sucre dans le sang ?	0	0	0	
h. vérifler votre tension artérielle ?	0	0	0	0
L vous faire vacciner contre la grippe?	0	0	0	0
Pour les femmes seulement:				
J. réaliser un frottis ?	۵	•	•	
k. réaliser une mammographie ?	0	0	0	0

5A. Almeriez-vous recevoir un soutien / des conseil de la part de votre médecin traitant pour :	Sane objet parce que :	Non	Je ne sals pas	Oul
a. améliorer votre alimentation ?	☐ Je contrôle mon allmentation	0	0	
b. augmenter votre activité physique ?	☐ Je fals de l'exercice au moins 90 mm/semaine	0	0	0
c. atteindre un poids normal ?	☐ J'al un polds normal	0	0	0
d. arrêter de fumer ?	☐ Je ne fume pas/plus	0	0	
réduire votre consommation d'alcool ?	☐ Je ne bols pas excessivement ou pas du tout	0	0	0

5B. <u>Almeriez-vous</u> que votre médecin :	Sans objet parce que :	Non	Je ne sals pas	Oul
f. fasse doser votre cholestérol ?	☐ Je le vérifie régulièrement	0	0	
g. fasse doser votre sucre dans le sang ?	☐ Je le vérifie régulièrement	0	0	0
h. vérifie votre tension artérielle ?	☐ Je la vérifie régulièrement	0	0	
I. vous vaccine contre la grippe ?	□ Je l'al déjà été	0	0	0
Pour les femmes seulement:				
j. prévole un frottis ?	□ Je l'al déjà fait	0		
k. prévole une mammographie ?	☐ Je l'al déjà faite	0	0	0

#### ETUDE EUROPREVIEW - VOLET PATIENTS

### IV - QUESTIONS CONCERNANT LES SOINS PRÉVUS PAR VOTRE MÉDECIN :

Est-ce que votre médecin a déjà abordé avec vous la question de :	Non	Je ne sals pas	Oul, au cours des 12 derniers mois	Oul, II ya plus de 12 mois	Oul, mals je ne me rappelle pas quand
a. votre alimentation ?					0
b. votre activité physique ?				0	0
c. votre poids ?				0	
d. votre consommation de tabac ?				0	
e. votre consommation d'alcool ?				0	
f. votre niveau de cholestérol dans le sang ?	0	0	<u> </u>	0	<u> </u>
g. votre niveau de sucre dans le sang ?				0	0
h. votre tension artérielle ?				0	0
le besoin de se faire vacciner contre la grippe?	٥	0	0	0	٥
Pour les femmes seulement:					
j. la nécessité de réaliser un frottis ?	0			0	
k. la nécessité de faire une mammographie ?	0	0		0	٥

<ol> <li>Si une aide vous semble nécessaire, quel type de soutien voudriez-vous recevoir de la part de votre mêdecin:</li> </ol>				
Cochez toutes les réponses s'appliquant :	Broohures d'information	Consells Individuels	Consells en groupe	Vous adresser à un autre spécialiste
a. pour améliorer votre alimentation ?	٥	٥	0	0
b. pour augmenter votre activité physique ?	0	0	0	0
c. pour normaliser votre poids ?	0	0	0	0
d. pour arrêter de fumer ?	0	0	0	0
e. pour réduire votre consommation d'alcool ?	0	0	0	0

### V - QUESTIONS CONCERNANT VOS ATTITUDES ET CONNAISSANCES :

5a.	Jamais	Parfols	Le plus souvent	Toujours	Ne salt pa
Vous sulvez les consells hygléno-diététiques (perte de poids, alimentation équilibrée, exercice physique, ) de votre médecin	٥	۵	٥	0	0

5	Oul	Non
b. Connaissez-vous vos chiffres de tension artérielle ou de cholestérol ?		
c. Avez-vous déjà reçu des médicaments pour votre tension artérielle ou votre choiestérol ?		

5	Oul	Non	Je ne sals pas
d. Prenez-vous actuellement un traitement contre l'hypertension artérielle ou pour diminuer votre cholestérol ?	0	0	0
Si vous avez répondu oui à la question d.			
connaissez-vous les noms de vos médicaments contre l'hypertension ou contre le cholestérol ?	0	0	

## 8.2 Annexe 2 : questionnaire-cabinet

réponses possibles) ?  a) Gynécologue	1)	Dans votre centre médical, combien y a-t-il de médecins généralistes ?  a) Hommes ? b) Femmes ?
D'autres personnels (infirmières, diététiciennes,) exercent-ils dans votre cabinet médical centre de soins?  a) Oui	2)	Est-ce que des activités d'enseignement de 3 <sup>ème</sup> cycle ont lieu dans ce centre ?
centre de soins ?  a) Oui		a) Oui 🗆 b) Non 🗆
4) Si oui, ces personnels jouent-ils un rôle important en conseillant et/ou faisant de la prévention et des activités de promotion de la santé ?  a) Oui	3)	
et des activités de promotion de la santé ?  a) Oui		a) Oui 🗆 b) Non 🗆
5) Est-ce que le centre offre des rendez-vous spéciaux avec les médecins / autres personnels pou des examens de prévention et/ou dépistage ?  a) Oui	4)	et des activités de promotion de la santé ?
des examens de prévention et/ou dépistage ?  a) Oui		a) Oui 🗆 b) Non 🗆
6) Quels professionnels médicaux et paramédicaux exercent dans votre structure (plusieur réponses possibles) ?  a) Gynécologue	5)	
réponses possibles) ?  a) Gynécologue		a) Oui 🗆 b) Non 🗆
a) Secrétaire  b) Agent d'accueil  c) Autre (par ex époux(se), à préciser)	ŕ	a) Gynécologue  b) Autre médecin (à préciser)  c) Infirmière  d) Sage-femme  e) Psychologue  f) Autres paramédicaux (à préciser)  g) Aucun
a) Aucum	7)	a) Secrétaire  b) Agent d'accueil
8) Autres caractéristiques a) Dossiers médicaux papier b) Dossiers médicaux informatisés c) Autre caractéristique (à préciser)	8)	<ul> <li>a) Dossiers médicaux papier</li> <li>b) Dossiers médicaux informatisés</li> </ul>
9) Nombre moyen d'heures de consultation par MG et par semaine	9)	Nombre moyen d'heures de consultation par MG et par semaine
10) Nombre moven de patients vus par MG et par semaine	10\	Nombre moven de natients vus nar MG et nar semaine

## 8.3 Annexe 3 : Liste des pays participants

## Auteur correspondant de l'étude EUROPREVIEW :

Carlos Brotons c/ Sardenya, nº 466 08025 Barcelona (SPAIN) Téléphone : +34 0 93 5674380

Fax: +34 0 93 5674381

E-mail: <a href="mailto:cbrotons@eapsardenya.cat">cbrotons@eapsardenya.cat</a>

### Pays participants et responsables coordinateurs par ordre alphabétique :

1. Allemagne : Achim Mortsiefer

2. Autriche: Ingrid Pichler

3. Belgique: Leo Pas, Esther Cornelis

4. Chypre : Valia Markou5. Croatie : Jasna Vucak

6. Espagne: Carlos Brotons, Irene Moral. Barcelone.

7. Finlande : Sirkka Keinanen-Kiukkanniemi

8. France: Didier Duhot

9. Géorgie: Revaz Tataradze, Kakha Nadaraia

10. Grèce : Eleftherios Thireos11. Hongrie : Péter Kotányi

12. Irlande: Mary Sheehan, Claire Collins

13. Italie: Donatella Sghedoni14. Littuanie: Leonas Valius15. Malte: Mario R Sammut16. Pays-Bas: Ton Drenthen

17. Pologne: Maciek Godycki-Cwirko, Artur Mierzeckiu

18. Portugal : Carlos Martins19. Slovaquie : Eva Jurgova20. Slovénie : Mateja Bulc21. Suède : Cecilia Björkelund22. Turquie : Suleyman Gorpelioglu

## SERMENT D'HIPPOCRATE

n présence des maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admise dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

le garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instructions que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobe et méprisée de mes confrères si j'y manque.