



HAL
open science

Qualité du repérage de la consommation d'alcool en médecine générale : une étude chez des maîtres de stage franciliens

Clémence Bourgois

► To cite this version:

Clémence Bourgois. Qualité du repérage de la consommation d'alcool en médecine générale : une étude chez des maîtres de stage franciliens. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-01469612

HAL Id: dumas-01469612

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01469612>

Submitted on 16 Feb 2017

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2012

N° 231

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualité du repérage de la consommation d'alcool en médecine
générale : une étude chez des maitres de stage franciliens

Présentée et soutenue publiquement
le 6 décembre 2012

Par

Clémence BOURGOIS

Née le 19 septembre 1981 à Châteaudun (28)

Dirigée par Mme Le Docteur Madeleine Favre et

M. Le Docteur Laurent Rigal

Jury :

M. Le Professeur Hector Falcoff Président

M. Le Professeur Philippe Jaury

M. Le Professeur Michel Detilleux



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

REMERCIEMENTS

Au Professeur Hector Falcoff qui m'a fait l'honneur de présider cette thèse.

Au Docteur Madeleine Favre, ma directrice de thèse, qui a su diriger mon travail et me conseiller.

Au Docteur Laurent Rigal pour son efficacité.

Au Professeur Philippe Jaury qui a accepté de juger ce travail de thèse.

Au Professeur Detilleux qui a accepté d'assister à ma thèse.

Aux internes du groupe d'étude Prévention pour avoir partagé cette aventure.

A Elsa, Doriane et Pierre, mes amours, pour avoir compris et respecté la place que tient la médecine dans ma vie.

A ma famille et mes amis pour leur soutien inconditionnel.

TABLE DES MATIERES

I - INTRODUCTION	7
I.1 ETAT DES LIEUX	8
I.1.1 UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE : L'ALCOOL ET SES CONSEQUENCES	8
I.1.2 LA CONSOMMATION D'ALCOOL EN FRANCE	10
I.2 PREVENTION	14
I.2.1 PREVENTION COLLECTIVE	14
I.2.2 PREVENTION INDIVIDUELLE. PLACE DU MEDECIN GENERALISTE	16
I.3 QUALITE ET DOSSIER MEDICAL	21
II - METHODOLOGIE	23
II.1 POPULATIONS	24
II.1.1 MEDECINS	24
II.1.2 PATIENTS	24
II.2 ORGANISATION GENERALE DE L'ETUDE	25
II.3 MODALITES DE RECUEIL	25
II.3.1 SUPPORT : 3 QUESTIONNAIRES	25
II.3.2 INFORMATION ET CONSENTEMENT	26
II.3.3 RELANCE	26
II.4 DONNEES RECUEILLIES	27
II.4.1 ÉLABORATION DES QUESTIONNAIRES	27
II.4.2 DONNEES COMPARATIVES RECUEILLIES PAR EXTRACTION DU DOSSIER MEDICAL ET PAR QUESTIONNAIRE DU PATIENT	27
II.4.3 DONNEES RECUEILLIES AUPRES DES PRATICIENS	28
II.4.4 DONNEES CONCERNANT LES CARACTERISTIQUES DES MEDECINS	28
II.4.5 DONNEES CONCERNANT L'ALCOOL : VARIABLES PRINCIPALES	28
II.4.6 VARIABLES EXPLICATIVES PATIENTS	29
II.4.7 VARIABLES EXPLICATIVES MEDECINS	32
II.5 SAISIE DES DONNEES	35
II.6 ANALYSE DES RESULTATS	35
II.7 ÉTUDE QUALITATIVE	36

III - RESULTATS	38
III.1 DESCRIPTION DES POPULATIONS	39
III.1.1 POPULATION DES MAITRES DE STAGE	39
III.1.2 POPULATION DE PATIENTS	42
III.2 ANALYSES UNIVARIEES	48
III.2.1 RENSEIGNEMENT DU STATUT DE CONSOMMATION D'ALCOOL DANS LE DOSSIER	48
III.2.2 DETECTION DES CONSOMMATEURS CHRONIQUES EXCESSIFS	50
III.3 ANALYSES MULTIVARIEES	52
III.3.1 RENSEIGNEMENT DU STATUT DE CONSOMMATION D'ALCOOL DANS LE DOSSIER	52
III.3.2 DETECTION DES CONSOMMATEURS CHRONIQUES EXCESSIFS	54
IV - DISCUSSION	56
IV.1 DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS	57
IV.1.1 QUALITE DE LA <i>TENUE DU DOSSIER MEDICAL</i> CONCERNANT LE RENSEIGNEMENT SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL.	57
IV.1.2 QUALITE DE LA DETECTION DES CONSOMMATEURS EXCESSIFS	61
IV.2 FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	63
IV.2.1 FORCES DE L'ETUDE :	63
IV.2.2 LIMITES DE L'ETUDE	63
IV.3 COMPARAISON AUX AUTRES ETUDES	66
V - CONCLUSION	69
VI - BIBLIOGRAPHIE	71
VII - ANNEXES	77

LISTE DES ABREVIATIONS

ACS : American Cancer Society
ALD : Affection de Longue Durée
ANDEM : Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale
ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie
AUDIT : *The Alcohol Use Disorders Identification Test*
CDA : Consommation Déclarée d'Alcool
CMU : Couverture Médicale Universelle
CSP : Catégorie Socio-Professionnelle
DALY : Disability Adjusted Life Year
DETA : Diminuer, Entourage, Trop, Alcool le matin
FACE : *Fast Alcohol Consumption Evaluation*
FMC : Formation Médicale Continue
GGT : gammaglutamyl transférase
GLAM : Groupe Lorrain d'Audit Médical
HAS : Haute autorité de santé
HDL-Cholestérol : High Density Lipoprotein Cholesterol
HTA : Hypertension Artérielle
INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
LDL-Cholestérol : Low Density Lipoprotein Cholesterol
MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie .
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
RMI : Revenu Minimum d'Insertion
SFA : Société Française d'Alcoologie
TVA : Taxe sur la Valeur Ajoutée
UIA : Unité Internationale d'Alcool
VGM : Volume Globulaire Moyen

I - INTRODUCTION

I.1 Etat des lieux

I.1.1 Un problème de santé publique : l'alcool et ses conséquences

Un rapport publié en 2011 par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (1) reconnaît la réduction de la consommation d'alcool mondiale comme un enjeu de santé publique majeur du fait des nombreuses conséquences imputables à l'alcool au niveau de la santé mondiale :

En effet, l'usage nocif de l'alcool entraîne 2,5 millions de décès chaque année, soit près de 4% des décès mondiaux (6,2% des décès d'hommes contre 1,1% des décès de femmes).

L'OMS utilise un indice, en années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY), qui permet d'estimer la charge de morbidité imputable à l'alcool. Une année de vie ajustée sur l'incapacité (DALY) correspond à une année de vie en bonne santé perdue.

La figure 1. présente les pourcentages mondiaux d'années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY) attribuées aux 19 principaux facteurs de risque de maladie par groupe de revenu.

On constate alors que la consommation d'alcool est le troisième facteur de risque de maladie dans le monde, c'est un facteur de risque dit « évitable » sur lequel on peut agir.

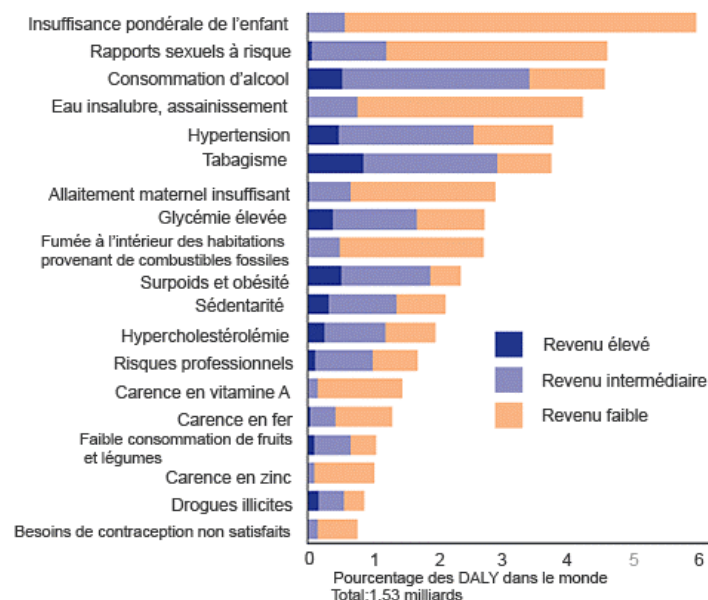


Figure 1 : Pourcentages mondiaux d'années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY)

La mesure de la charge de morbidité imputable à l'alcool effectuée grâce au DALY révèle que, dans l'Union européenne, l'alcool est également le troisième facteur de risque le plus important, après le tabagisme et l'hypertension (10).

Les conséquences de l'alcool sur la santé surviennent tôt dans l'existence ; c'est le plus gros facteur de risque de maladie dans la tranche des 15 à 59 ans

L'alcool est en relation avec une soixantaine de pathologies aiguës ou chroniques différentes. Le risque de pathologie est plus élevé quand la consommation d'alcool augmente, sans preuve d'effet de seuil (16).

L'alcool peut être, en effet, directement lié à la survenue de pathologies telles que la cirrhose du foie (40% des décès liés à l'alcool (7), la pancréatite alcoolique, la névrite optique, la polynévrite, le syndrome d'alcoolisme fœtal ou la psychose alcoolique (2).

L'alcool peut également être à l'origine de façon plus ou moins directe de pathologies telles que : cancers (cavité buccale et lèvres, pharynx, larynx, oesophage, colon et rectum, foie, mais aussi cancer du sein ; cancers qui correspondent à plus de 50% des causes de décès liés à l'alcool), maladies cardiovasculaires (hypertension artérielle, cardiopathie ischémique) ou maladies psychiatriques.

L'alcool est aussi directement impliqué dans certains comportements violents de l'adulte et du jeune et dans les traumatismes liés aux accidents de la route et aux accidents domestiques (2).

Or toutes les causes indirectes de mortalité sont difficiles à inclure dans les statistiques de mortalité liée à l'alcool.

Ainsi , en Europe, on compte 17 000 morts chaque année par accidents de la voie publique (1 accident mortel sur 3), 27 000 morts par d'autres accidents, 2 000 homicides , 10 000 suicides, 45 000 décès par cirrhose du foie, 50 000 décès par cancers et 17 000 décès par complications neuro-psychiatriques (3).

Le coût du traitement de ces complications en Europe a été estimé à 17 milliards d'euros, qui s'ajoutent aux 5 milliards d'euros dépensés pour la prise en charge et la prévention du mésusage de l'alcool (3).

La France présente une surmortalité masculine liée à la consommation d'alcool de 30 % supérieure à la moyenne européenne (5). L'alcool est responsable de 14 % des décès

masculins et de 3 % des décès féminins (8). On note, en France comme dans tous les pays développés, une morbidité liée à l'alcool beaucoup plus importante chez les hommes que chez les femmes.

Au total, 5 millions de français ont des problèmes médicaux, sociaux ou psychologiques liés à l'alcool (6).

On compte 23000 décès attribuables à la consommation excessive et répétée d'alcool mais, en tenant compte des décès pour lesquels l'alcool a joué un rôle indirect, le nombre de décès s'élèverait à 45000 (5).

Ce taux de mortalité décroît depuis une trentaine d'années.

En France, le coût total des pathologies associées à l'alcool est estimé à environ 6 milliards d'euros en 2006 (11).

I.1.2 La consommation d'alcool en France

Le risque d'exposition à une consommation nocive d'alcool est multifactoriel. Il varie, entre autre, avec l'âge, le sexe, l'importance des expositions aux boissons alcoolisées et le contexte dans lequel a lieu la consommation.

Ainsi, la consommation d'alcool dans le monde est influencée par des différences culturelles. La place que tient l'alcool au sein d'un pays varie d'une société à une autre.

La France appartient au groupe de pays ayant une culture dite permissive vis-à-vis de la consommation d'alcool comme l'Italie ou l'Espagne dans la mesure où l'on considère comme normal de boire régulièrement du vin à table ou lors d'occasions marquantes de la vie (naissance, mariage, anniversaire) alors que l'ivresse et la consommation abusive d'alcool dans certaines situations (conduite d'un véhicule) font l'objet de jugements négatifs.

Cette relation à la consommation d'alcool repose sur un clivage en "bon alcool" et "mauvais alcool" hérité de l'histoire de l'alcool dans notre société.

En France, le vin est même associé au patrimoine culturel français car la France reste un pays très viticole avec, aujourd'hui encore, 16 régions sur 22 qui sont productrices de vin et sur 10 bouteilles consommées en France, 9 sont françaises.

Le rôle économique joué par les productions d'alcool est très important en France.

La viticulture ne représente que 3% des surfaces agricoles utilisées mais 15,4% de la valeur des productions agricoles totales.

Avec un chiffre d'affaire de 11 milliards d'euros et environ 250.000 emplois directs et indirects (11), la filière des vins et alcools est une « spécialité française » très appréciée à l'exportation (près de la moitié du chiffre d'affaire est réalisé à l'exportation) (12). En 2003, les recettes fiscales hors TVA venant de la filière vin et alcools étaient évaluées à 2,8 milliards d'euros.

Sachant qu'il existe une relation entre la consommation globale d'alcool par habitant d'un pays et le nombre de personnes au sein de cette population ayant un problème de consommation nocive d'alcool (4), il est intéressant de noter que la consommation d'alcool est en baisse depuis une quarantaine d'années en France. Elle est passée de 26,1 litres d'alcool pur par adulte et par an en 1961 à 13,3 litres en 2005 (1).

Mais, malgré cette diminution régulière de la consommation moyenne d'alcool, celle-ci reste légèrement au dessus de la moyenne européenne alors que la Région européenne est, de toutes les régions de l'OMS, celle où la consommation d'alcool est la plus forte (soit 12 litres/an correspondant au double de la moyenne mondiale). Cf. Figure 2.

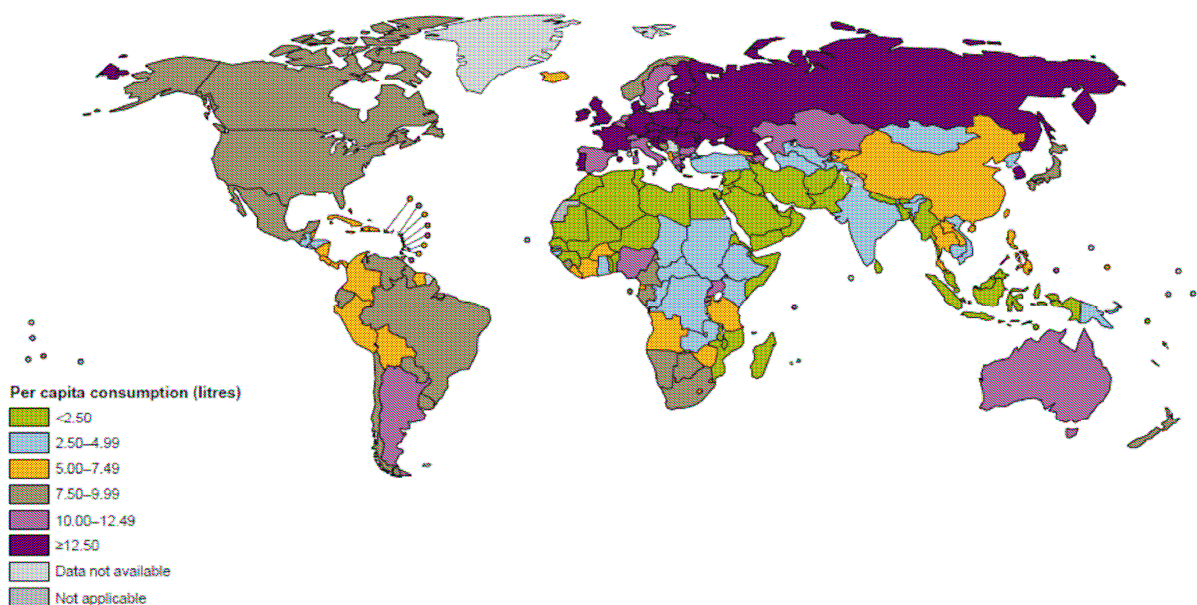


Figure 2 : Consommation mondiale d'alcool par adulte (en litres d'alcool pur consommés chaque année par personne de plus 15 ans - Source OMS 2011)

Il existe, en France, des disparités régionales vis-à-vis de la consommation d'alcool (14) : la consommation quotidienne de boissons alcoolisées est plus fréquente en région Midi-Pyrénées, Nord-Pas de Calais et Languedoc-Roussillon et est moins fréquente en Basse Normandie, Pays de la Loire et Ile de France.

Le Baromètre santé 2010 (13) permet d'analyser en détail le profil des différents consommateurs d'alcool :

Parmi les français, 12 % déclarent boire de l'alcool quotidiennement (soit 18% des hommes contre 6% des femmes) et 37 % au moins une fois dans la semaine (64% des hommes contre 35% des femmes). On retrouve une consommation quotidienne trois fois plus importante pour les hommes que pour les femmes et qui concerne plus souvent les personnes âgées de plus de 45 ans.

La baisse de la consommation quotidienne d'alcool, observée depuis plusieurs décennies, est donc confirmée par les résultats du Baromètre santé 2010 avec une stabilisation des niveaux de consommation plus ponctuelle (hebdomadaire ou moins fréquente).

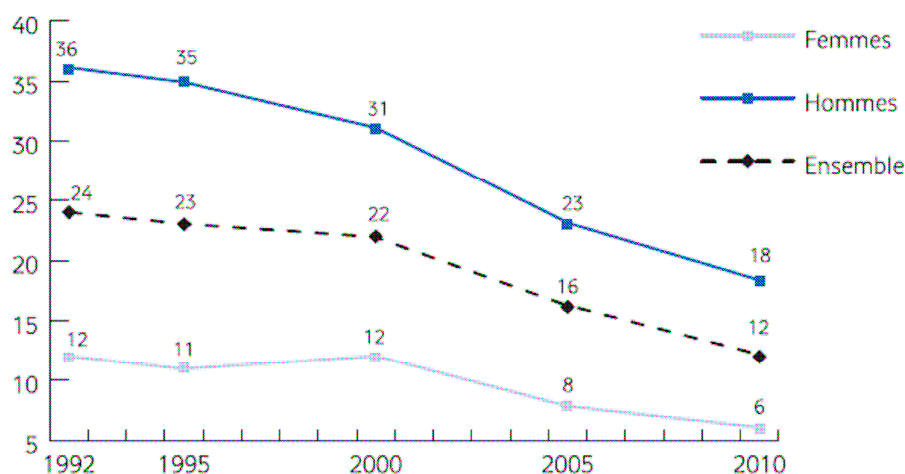


Figure 3 : Évolution de la consommation quotidienne d'alcool parmi les 18-75 ans (en %) - Source : Baromètres santé 1992, 1995, 2000, 2005 et 2010, INPES

La boisson la plus consommée en France reste le vin.

Les consommations quotidiennes de vin augmentent avec l'âge quel que soit le niveau d'usage (0,6 % entre 18 et 25 ans contre 27,5 % entre 65 et 75 ans).

36 % des personnes interrogées (51% des hommes contre 21% des femmes) déclarent avoir eu au moins un épisode de consommation ponctuelle d'une grande quantité d'alcool (plus de 6 verres en une occasion) en un an.

Contrairement à la consommation quotidienne, ce sont plutôt les moins de 35 ans qui sont les plus concernés par cette consommation ponctuelle.

L'usage de boissons alcoolisées ayant entraîné une ivresse a concerné 19 % des adultes en 2010 (27% des hommes contre 11% des femmes). Les ivresses régulières (plus de 10 en un an) concernent, quant à elles, 3 % des français. Ces épisodes d'ivresse sont en hausse, et ce, quel que soit l'âge ou le sexe, mais la hausse est plus marquée chez les jeunes (18 -34 ans) et en particulier chez les jeunes femmes de 18 à 24 ans.

Le test Audit-C a permis de définir quatre types de buveurs lors de l'enquête : ainsi, 37 % des personnes interrogées ont été classés comme buveurs sans risque occasionnel, 12 % sans risque régulier, 28 % à risque ponctuel et 9 % à risque chronique.

La figure 4 représente la répartition des quatre types de consommation en fonction de l'âge. Ces chiffres correspondent à ceux de l'Enquête Santé et Protection Sociale (15) qui retrouvaient chez les hommes 10% de buveurs à risque chronique contre 30% à risque ponctuel et chez les femmes 2% de buveuses à risque chronique contre 10% risque ponctuel.

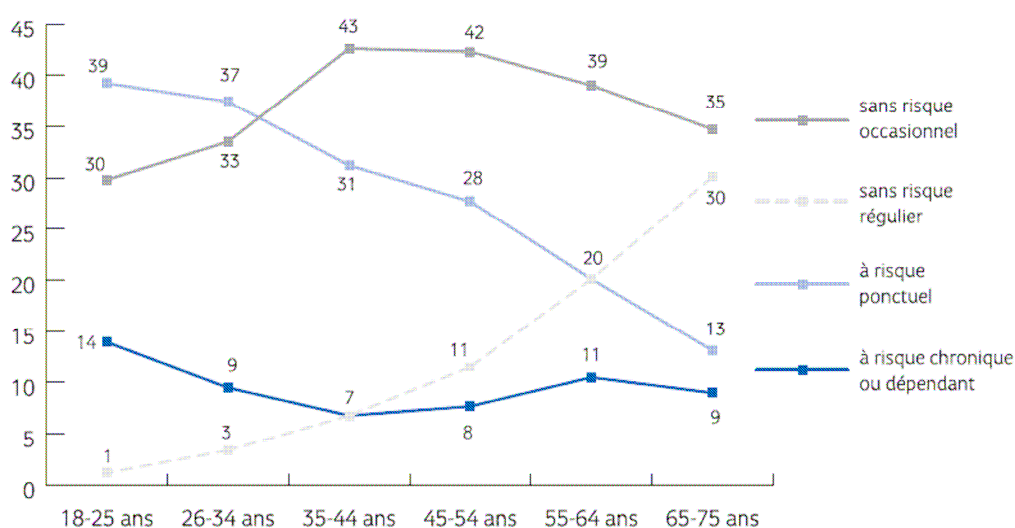


Figure 4 : Classification des buveurs selon l'Audit-C suivant l'âge (en %) - Source : Baromètre santé 2010, INPES

En 2010, le Baromètre Santé a révélé une hausse significative des usages à risque ponctuels ou chroniques, notamment chez les jeunes femmes de 18 à 25 ans (41 % en 2010 contre 29 % en 2005) ainsi que chez les hommes de 26 à 34 ans pour les usages à risque chroniques.

I.2 Prévention

La prévention de la consommation nocive d'alcool s'organise grâce à des interventions d'ordre collectif coordonnées par les pouvoirs publics (législation, campagne préventive) et grâce à des interventions d'ordre individuel à type de consultation personnalisée de prévention essentiellement assurée en France par le premier référent en soins primaires qu'est le médecin généraliste.

Il existe des plans gouvernementaux de préventions dont l'objectif est de diminuer la consommation globale d'alcool du pays. Entre 2004 et 2008, l'objectif de la loi relative à la Santé publique était donc de réduire de 20% la consommation d'alcool par français (17).

Depuis 1999, le gouvernement adopte tous les trois ans un plan élaboré par la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT). Ce Plan de lutte contre les drogues et toxicomanies prévoit d'utiliser toutes les champs de l'action publique (application de la loi, information, prévention, optimisation du système de soins et coordination internationale) afin de prévenir la première consommation et de faire reculer les consommations excessives de drogues illicites et d'alcool (18).

I.2.1 Prévention collective

➤ Réglementation

Code des débits de boisson

L'intervention des pouvoirs publics s'est faite par une politique de réglementation visant à contrôler et limiter l'offre d'alcool.

Le « Code des débits de boisson et des mesures contre l'alcoolisme » créé en 1954 fait actuellement parti du Code de la santé publique.

Il détermine les règles d'installation et de vente des débits de boisson. Il détermine également les règles concernant la répression de l'ivresse publique (article L.3341.1) et la protection des mineurs (article L. 3342.1.2.3), notamment par l'interdiction de vente de toute boisson alcoolisée aux jeunes de moins de 16 ans.

Sécurité routière

La conduite sous l'emprise d'un « état alcoolique » est un délit depuis l'ordonnance du 15 décembre 1958.

Depuis le décret du 29 août 1995, le taux légal d'alcoolémie au volant est fixé à 0,5 g/l de sang (0,25 mg/l d'air expiré) ; au-delà, le conducteur commet une infraction. Le dépassement du taux de 0,8 g/l (0,4 mg/l d'air expiré) constitue un délit.

Les peines encourues sont aggravées en cas de récidive de conduite avec un taux d'alcoolémie supérieur à 0.8 g/l dans le sang, ainsi qu'en cas d'accident corporel.

Code du travail

Des textes du Code du travail sont relatifs à l'alcoolisation sur les lieux du travail et visent la limitation d'introduction de boissons alcoolisées sur le lieu de travail, l'interdiction de la présence de personnes en état d'ébriété et l'incitation à proposer des boissons non alcoolisées dans l'entreprise.

Réglementation sur la publicité

La loi Evin du 10 janvier 1991 crée un encadrement juridique autour des publicités sur les boissons alcoolisées, incluant l'amélioration de la protection des mineurs et de l'information des consommateurs. Les autorités publiques sont peu souvent à l'origine de poursuites visant à faire respecter la Loi Evin mais L'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie (ANPAA), à l'initiative de la majeure partie des poursuites, se donne la mission de veiller à l'application de cette loi. (19).

➤ **Prévention, communication, information :**

Au niveau collectif, des programmes de prévention sont lancés par des organismes nationaux tels que l'INPES, institut créé suite à la loi du 4 Mars 2002 qui détermine la politique de prévention en France.

La sensibilisation dans les médias constitue un aspect important des programmes de prévention, elle a pour but d'informer sur les risques liés au mésusage et de modifier les représentations par rapport à l'alcool.

Avec ce même objectif, des actions de prévention sont effectuées dans les établissements scolaires afin d'atteindre la population à risque que constitue les jeunes, mais également des actions ciblant les adultes ou les professionnels de santé.

I.2.2 Prévention individuelle. Place du médecin généraliste

Le problème principal en terme de prévention individuelle est celui de repérer les individus ayant des conduites d'alcoolisation pouvant engendrer des problèmes (dépendance, conséquences somatiques, psychiques ou sociales) avant la survenue de ceux-ci.

Pour repérer les consommateurs à risque, la Société Française d'Alcoologie, grâce aux seuils établis par l'OMS, a ainsi classé différentes conduites d'alcoolisation dans ses recommandations (21) permettant d'approcher une définition de la consommation excessive.

Définitions des seuils à risque et du mésusage

Les seuils à risque :

Une étude de l'American Cancer Society a démontré qu'il existait un risque différé et cumulatif à la consommation d'alcool avec une augmentation de mortalité pour une consommation de plus de trois verres d'alcool par jour (20).

L'OMS a ainsi déterminé des seuils de consommation à risque :

- jamais plus de 4 verres par occasion pour l'usage ponctuel,
- pas plus de 21 verres par semaine pour l'usage régulier chez l'homme (3 verres/jour en moyenne),
- pas plus de 14 verres par semaine pour l'usage régulier chez la femme (2 verres/jour en moyenne).

Le "verre standard" ou unité internationale d'alcool (UIA) correspond en moyenne à environ 10 grammes d'alcool pur (Annexe 1).

L'OMS recommande également de s'abstenir au moins un jour par semaine de toute consommation d'alcool.

Ces seuils doivent être abaissés:

- 1) en cas de situation à risque (conduite de véhicule, travail sur machine dangereuse, poste de sécurité, situation qui requiert vigilance et attention).
- 2) en cas de risque individuel (traitement psychotrope, âge, faible poids, traitement médicamenteux associé, grossesse, fatigue...).

Le mésusage :

Ces seuils OMS ont permis de classer les conduites d'alcoolisation en :

- Non-usage : caractérisé par une absence de consommation primaire ou abstinence,
- Usage : correspond à une consommation modérée, inférieure ou égale aux seuils déterminés par l’OMS hors situation à risque ou risque individuel,
- Mésusage : rassemble quatre catégories de consommation à risques potentiels ou avérés, y compris la dépendance :
 - L’usage à risque : défini par une consommation supérieure ou égale aux seuils fixés par l’OMS n’ayant pas encore entraîné de conséquences médicales, psychiques ou sociales mais susceptibles d’en induire,
 - L’usage nocif : caractérisé par une consommation d’alcool ayant déjà entraîné des conséquences médicales, psychiques ou sociales, en l’absence de dépendance,
 - L’usage avec dépendance : défini par la perte de la maîtrise de la consommation,
 - L’ivresse : correspond à une intoxication éthylique aiguë.

Les « consommateurs excessifs » sont représentés par les consommateurs ayant un « usage à risque » ou un « usage nocif » sans dépendance.

Dans la population générale, cette notion de seuils à risque reste peu connue. Une majorité d’hommes considère encore que l’alcool n’est dangereux qu’en cas d’ivresse ponctuelle ou de dépendance (22).

Repérage précoce du mésusage

Quelle est la place du médecin généraliste dans le dépistage du mésusage ?

Les fonctions du médecin généraliste sont multiples, c’est un médecin de premier recours qui doit assurer une prise en charge globale du patient, coordonner les soins, assurer une continuité des soins tout en intégrant une dimension de santé publique dans sa pratique.

En France, c’est dans un contexte d’organisation des soins répondant à la demande du patient (paiement à l’acte) que les médecins généralistes doivent assurer ces fonctions y compris les missions de prévention et de dépistage.

Les médecins généralistes sont tout de même les acteurs de santé les plus proches de la population, puisqu’ils sont en contact, chaque année, avec environ 75% de la population générale (32).

La Haute Autorité de Santé rapporte d'ailleurs que le médecin généraliste, en tant que « dispositif de proximité facilement accessible », tient une place primordiale dans la prise en charge des patients ayant des difficultés avec l'alcool (33).

En médecine générale, la prévalence des patients présentant un mésusage d'alcool (dont l'alcoolodépendance) est importante ; près de 18 % des patients sont concernés par un mésusage (34). Ce qui place le médecin généraliste à une place stratégique dans le dépistage du mésusage. A plus forte raison, parce que les patients eux-mêmes le considèrent comme un interlocuteur de confiance pour parler des questions d'alcool. 88% estiment que c'est son rôle d'aborder le sujet de l'alcool et 79% n'ont aucune réticence à parler d'alcool avec lui (35).

Comment dépister un mésusage ?

En médecine générale le dépistage du mésusage peut-être effectué par une approche systématique ou opportuniste. L'approche systématique consiste à questionner tous les patients sur leur consommation d'alcool régulièrement. L'approche opportuniste consiste à faire le repérage des patients devant des signes cliniques évocateurs, à l'occasion d'un bilan biologique en incluant un dosage de GGT et de VGM, lors d'une première consultation, d'un suivi de grossesse, lors de la prescription de médicaments psychotropes, de la découverte de certaines pathologies (HTA) ou en présence de facteurs de risques de consommation excessive.

En approche systématique, il existe deux types de repérage précoce du mésusage :

- La consommation déclarée d'alcool (CDA) est évaluée en questionnant le patient sur le nombre de « verres standards » consommés par jour, en distinguant les jours de semaine des jours de repos et les jours d'occasion,
- Les questionnaires standardisés :
 - Le questionnaire **DETA** (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool), en quatre questions (Annexe 2), évalue la consommation d'alcool sur la vie entière. Il dépiste plutôt l'alcoolodépendance que les consommateurs excessifs et se trouve être peu performant en médecine générale (28),
 - Le questionnaire **AUDIT**(Acronyme d'alcohol use disorders test) (Annexe 3) est un auto-questionnaire élaboré par l'OMS qui évalue le mésusage sur la dernière année écoulée (29). Il est composé de 10 questions ; les 3 premières questions évaluent la consommation d'alcool, les 4 suivantes la

dépendance et les 3 dernières l'usage nocif. C'est un questionnaire performant mais qui est souvent jugé trop long et difficilement utilisable en pratique. Un questionnaire abrégé, l'AUDIT-C, ne comprenant que les 3 premières questions de l'AUDIT, a montré une sensibilité et une spécificité équivalente à l'AUDIT pour le repérage des consommateurs à risque en médecine générale (30),

- Le questionnaire **FACE** Fast alcohol consumption evaluation (Annexe 4) a été conçu en 2002 par l'équipe du programme « Boire moins c'est mieux » (31). Ce questionnaire regroupe les 5 questions les plus pertinentes des questionnaires DETA et AUDIT qui permettent de repérer trois catégories d'usage : faible ou nul, consommation excessive probable, alcoolodépendance probable. Il peut-être proposé en consultation de médecine générale du fait de sa réalisation en face à face, sa simplicité permet aussi de le mémoriser facilement et de l'intégrer à la consultation. Ces qualités font de lui un questionnaire apprécié des médecins français qui pensent que son utilisation à long terme est possible (32). Son principal défaut découle de son objectif. En effet, en visant un dépistage massif des patients en mésusage d'alcool, les faux positifs sont nombreux, notamment chez les femmes.

Pourquoi effectuer un repérage précoce du mésusage ?

Le repérage de la consommation d'alcool des patients permet (21) :

- Pour les patients en non-usage ou usage, de valoriser leur comportement et de les informer sur les seuils à risque.
- Pour les patients dépendants, de proposer une prise en charge adaptée, éventuellement en orientant vers une structure de soin spécialisée.
- Pour les consommateurs excessifs, d'entreprendre une technique cognitivo-comportementale de prévention secondaire appelée « intervention brève » qui a pour objectif de modifier le comportement du patient par rapport à l'alcool et de lui faire baisser sa consommation à un niveau d'usage afin d'avoir un impact en terme de santé publique.

Le principe de l'intervention brève est d'apporter à un patient à risque un conseil simple et adapté permettant d'induire un changement vis-à-vis de sa consommation d'alcool à long terme.

Actuellement, les étapes recommandées d'une intervention brève sont généralement synthétisées par l'acronyme FRAMES (23) :

1. Restituer les résultats du test de repérage au patient (ou Feed-back),
2. Responsabiliser : le changement de comportement appartient au patient, non au thérapeute (ou Responsibility),
3. Donner un conseil de modération (ou Advice),
4. Evoquer avec le patient les modifications possibles de sa consommation d'alcool (ou Menu),
5. User de bienveillance, ne pas juger (ou Empathy),
6. Laisser le patient acteur de son changement et l'encourager dans ce sens (ou Self-efficacy).

Si le seul fait de parler d'alcool avec le patient permet de réduire sa consommation, plusieurs méta-analyses comparant intervention brève et simple repérage ont montré que l'intervention brève apportait une efficacité supplémentaire : la réduction de consommation déclarée d'alcool se situait entre 20 et 40% pour les 6 premiers mois avec une atténuation à 12 mois (24).

En médecine générale également, les interventions brèves se sont révélées être efficaces pour réduire une consommation d'alcool excessive (26). Les conseils donnés par le médecin sont productifs pour un patient sur huit (25).

Les interventions brèves sont aussi efficaces pour réduire la mortalité. Il faudrait ainsi effectuer une intervention brève chez 282 patients pour éviter 1 décès par an (27).

I.3 Qualité et dossier médical

Le dossier médical est une source d'informations concernant la prise en charge médicale d'un patient (informations administratives, cliniques, biologiques, diagnostiques, thérapeutiques).

Il a pris une place importante dans la pratique médicale quotidienne suite à une démarche de traçabilité dans le cadre de la responsabilité juridique du médecin et suite à une démarche d'amélioration de qualité des soins et d'amélioration des études de recherche clinique.

C'est en 1995 que le Code de Déontologie rend obligatoire la tenue d'un dossier médical au travers de l'article 45 qui a été entièrement repris par l'article R. 4127-45 du Code de la Santé Publique :

« Indépendamment du dossier de suivi médical prévu par la loi, le médecin doit tenir pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle ; cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques. Dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du médecin. Tout médecin doit, à la demande du patient ou avec son consentement, transmettre aux médecins qui participent à sa prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter, les informations et documents utiles à la continuité des soins. »

Cet article n'apportait pas de définition concrète du dossier médical.

L'ANDEM a rédigé, en 1996, un rapport sur « la tenue du dossier médical en médecine générale » qui propose un modèle de dossier avec précision du caractère indispensable ou souhaitable des informations recueillies, mais le contenu du dossier est laissé à l'appréciation de chaque médecin (38).

Puis, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, réaffirme et précise le droit d'accès du patient à son dossier.

Face aux contraintes de la tenue du dossier médical l'informatique a montré ses avantages d'utilisation par rapport au dossier papier. Ainsi, en 2007, 89% des médecins déclaraient être informatisés sur leur lieu de travail (36).

La loi favorise la bonne tenue du dossier médical, ce qui en fait un outil pour la médecine :

- Outil de qualité des soins et d'évaluation

L'amélioration de la qualité des soins a un double objectif : réaliser des économies de santé (diminuer le nomadisme médical, la redondance des examens complémentaires) et améliorer la prise en charge médicale dans l'intérêt des patients.

La bonne tenue du dossier médical est une aide pour le suivi des recommandations en terme de prévention et de dépistage. Le recueil des informations concernant les antécédents personnels, les antécédents familiaux, les facteurs de risque, les vaccinations et autres actions de prévention et de dépistage devraient être systématique afin de faire une synthèse sur les actions de prévention et de dépistage à réaliser chez chaque patient.

Dans le domaine de la prévention et du suivi des maladies chroniques, le dossier médical est un moyen d'améliorer la délivrance des soins grâce aux systèmes de rappel automatique et de fiches de suivi (37,38), mais il n'a pas été prouvé pour l'instant que le dossier médical pouvait améliorer le nombre de patients qui parviennent à leurs objectifs thérapeutiques (40,41).

Par contre, le dossier médical constitue une source de données essentielle pour l'évaluation des pratiques professionnelles et peut s'utiliser comme indicateur de qualité des soins (39).

- Outil d'enseignement et de recherche

La tenue du dossier médical, rôle attribué aux étudiants en médecine à l'hôpital, est sensé leur permettre de développer leur sens de l'observation et leur esprit de synthèse.

De nombreux étudiants rédigent leur thèse grâce au dossier médical et certaines publications scientifiques reposent sur des dossiers médicaux car, pour la recherche, les dossiers médicaux sont une source de données importante.

II - METHODOLOGIE

Notre travail s'inscrit dans le cadre d'une enquête plus large concernant la prévention en médecine générale. Il s'agit d'une étude transversale menée en deux vagues de juin 2008 à septembre 2008 et de janvier 2009 à avril 2009, auprès de maîtres de stage volontaires des facultés Paris Descartes et Pierre et Marie Curie ainsi que de leurs patients. L'objectif était d'évaluer la qualité et l'équité des pratiques de prévention et de dépistage, en fonction d'un référentiel établi à partir des recommandations françaises pour les domaines suivants :

- dépistage du cancer colorectal, du sein et du col utérin ;
- dépistage et prise en charge des risques liés au tabac et à l'alcool ;
- dépistage et prise en charge de l'hypertension artérielle, de l'hypercholestérolémie et du diabète.

Le travail présenté dans cette thèse se rapporte uniquement à la qualité des soins associée au risque lié à l'alcool.

II.1 Populations

II.1.1 Médecins

Les personnes ayant participé à l'étude étaient :

- Des maîtres de stage des Facultés Paris Descartes et Pierre et Marie Curie : 52 médecins généralistes, volontaires, ayant été invités par mail ou par courrier à participer à l'enquête.
- Des internes en stage chez les praticiens qui avaient donné leur accord pour participer à l'étude et au recueil de données.

II.1.2 Patients

Critères d'inclusion

Les patients ont été recrutés via leur médecin traitant. Pour chaque médecin participant à l'étude, la liste des patients dont il était le médecin traitant a été établie grâce au site Internet ameli.fr.

35 femmes et 35 hommes âgés de 40 à 74 ans, ayant déclaré les médecins participants comme médecins traitants et appartenant au régime général de l'assurance maladie ont été tirés au sort à partir de ces listes.

Critères d'exclusion

Aucun critère d'exclusion n'était établi même si l'exclusion était possible. Les patients en soins palliatifs et ceux atteints d'une pathologie psychiatrique lourde (type paranoïa) pouvaient par exemple être exclus de l'enquête.

II.2 Organisation générale de l'étude

- L'étude était organisée par le département de Médecine Générale de Paris Descartes et par la SFTG (Société de Formation Thérapeutique du Généraliste). Un Comité scientifique au sein du département de médecine générale a élaboré les questionnaires.
- Une étude pilote a été menée d'octobre à mai 2008 chez 3 maîtres de stage de la faculté Paris Descartes. Cette étude pilote a permis d'évaluer la faisabilité de l'étude, le temps passé au recueil des données et de corriger les erreurs dans les questionnaires.
- Après l'étude pilote et la mise au point des questionnaires définitifs, les maîtres de stage ont été recrutés et formés. Un premier recueil a ensuite eu lieu au cours du semestre d'été 2008 et un second au cours du semestre d'hiver 2009.
- L'étude était financée par le GRSP (Groupement Régional de Santé Publique d'Ile de France) et le Conseil Régional d'Ile de France. Le financement comprenait notamment l'indemnisation des maîtres de stage et des internes pour le recueil des données, les honoraires de coordination et les frais de gestion.

II.3 Modalités de recueil

II.3.1 Support : 3 questionnaires

- Un questionnaire permettant d'extraire les données à partir du **dossier médical au cabinet** (une version homme et une version femme),
- Un questionnaire (une version homme et une version femme) permettant de recueillir les données auprès du **patient**,
- Un questionnaire adressé au **médecin**.

*1 – le Questionnaire **Dossier médical***

L'extraction a été effectuée manuellement par l'interne en stage avec validation des données par le médecin généraliste.

Pour certaines questions, le praticien pouvait également donner son avis lorsque la réponse n'était pas présente dans le dossier.

*2 – le Questionnaire **Patient***

Il a été envoyé par le médecin généraliste au patient grâce aux coordonnées contenues dans le dossier médical, accompagné d'une lettre d'information et d'une lettre de consentement à retourner au médecin avec le questionnaire.

*3 – le Questionnaire **Médecin** concernait ses caractéristiques*

II.3.2 Information et consentement

Le médecin était personnellement destinataire des données recueillies. Il retournait ensuite les questionnaires anonymisés à la faculté de médecine Paris Descartes, soit lui-même, soit par le biais de son interne. L'anonymat était donc conservé pour la faculté.

II.3.3 Relance

Dans chaque cabinet, une relance a été organisée. Les internes en stage chez le généraliste ont effectué des relances téléphoniques ou des relances lors des consultations. Il était demandé au médecin de relancer personnellement les patients après deux relances réalisées par l'interne.

Par ailleurs, des relances téléphoniques, par mail ou par l'interne en stage étaient organisées par le groupe de pilotage afin de récupérer tous les questionnaires auprès des médecins participants.

II.4 Données recueillies

II.4.1 Élaboration des questionnaires

Les questionnaires ont été établis par un groupe de travail préalable composé :

- D'enseignants de la faculté de médecine Paris Descartes,
- De trois maîtres de stage ayant participé à une étude pilote,
- De trois internes qui ont ensuite utilisé ce travail pour l'élaboration de leur thèse d'exercice.

II.4.2 Données comparatives recueillies par extraction du dossier médical et par questionnaire du patient

Les données recueillies renseignaient sur les thèmes suivants:

- Suivi médical : l'ancienneté et la fréquence du suivi médical de chaque patient par le médecin traitant,
- le poids, la taille et le périmètre abdominal du patient,
- Antécédents :
 - antécédents personnels cardiovasculaires, gynécologiques et colorectaux,
 - antécédents familiaux dans ces mêmes domaines.
- Alcool/Tabac : le comportement du patient vis-à-vis du tabac et de l'alcool.
- Facteurs de risque cardiovasculaire : les mesures de dépistage effectuées et la qualité du contrôle des facteurs de risque cardiovasculaires (l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie et le diabète),
- Activité physique/Diététique : la délivrance par le médecin de conseils sur l'activité physique et la diététique ; la pratique du patient en matière d'activité physique et de diététique,
- Suivi gynécologique : l'existence ou non d'un suivi gynécologique et le médecin assurant ce suivi,
- Frottis/Mammographie/Coloscopie/Hémocult : le prescripteur et la date de réalisation de ces procédures de prévention,
- Obstacles : les facteurs pouvant faire obstacle à la prévention (maladies graves, psychiatriques, autres),

- Données sociales : les données sociales du patient concernant sa situation sociale, professionnelle, familiale, économique et sa couverture sociale.

II.4.3 Données recueillies auprès des praticiens

Certaines données peuvent ne pas figurer dans le dossier médical mais être connues du médecin. L'avis du médecin était donc demandé concernant les sujets suivants :

- le comportement actuel du patient vis-à-vis de l'alcool et du tabac,
- la qualité du contrôle de l'hypertension artérielle, de l'hypercholestérolémie ou du diabète du patient,
- la délivrance récente au patient de conseils sur l'activité physique et la diététique,
- l'existence ou non d'un suivi gynécologique et le médecin assurant ce suivi,
- la réalisation et le prescripteur d'un frottis, d'une mammographie, d'une coloscopie ou d'un Hémocult,
- les antécédents de rapports sexuels chez la patiente,
- les facteurs pouvant faire obstacle à la prévention,
- les données sociales du patient concernant sa situation professionnelle, familiale, économique et sa couverture sociale.

II.4.4 Données concernant les caractéristiques des médecins

Un questionnaire était également remis à chaque médecin recueillant :

- Des variables socio-démographiques,
- Des variables sur leur sensibilisation professionnelle, leur propre prévention, leur domaine de compétence,
- Des variables décrivant l'organisation de leur cabinet, leur mode d'exercice, leur démarche qualité,
- Leur volume d'activité.

II.4.5 Données concernant l'alcool : variables principales

Pour définir nos variables, nous avons recueilli les données suivantes concernant l'alcool :

- a) Information sur la consommation d'alcool dans les dossiers

L'extraction du dossier médical permettait de savoir si celui-ci contenait une information notée sur le comportement du patient vis-à-vis de l'alcool, celle-ci était catégorisée en oui ou non.

b) Qualité de la détection des consommateurs à risque chronique.

Nous avons demandé au patient le nombre de « verres standards » de boissons alcoolisées qu'il consommait un jour de semaine et lors d'une occasion exceptionnelle.

Nous avons considéré que les patients avaient une consommation excessive chronique d'alcool s'ils déclaraient boire, pour les hommes, plus de 21 verres par semaine et pour les femmes, plus de 14 verres par semaine. Pour cela nous avons utilisé le nombre de verres déclarés par jour de semaine que nous avons multiplié par le nombre de jours dans la semaine soit sept.

Le médecin pouvait qualifier la consommation d'alcool de son patient comme : « abstinence », « consommation ne posant pas de problème », « consommation excessive occasionnelle », « consommation excessive régulière » ou « inconnue ».

La détection des consommateurs à risque chronique était considérée comme bonne lorsqu'il y avait concordance entre une consommation du patient déclarée être strictement supérieure à 21 verres/semaine pour les hommes ou 14 verres/semaine pour les femmes et un classement de la consommation du patient par le médecin en consommation excessive régulière.

Enfin, un questionnaire adressé personnellement au médecin permettait de connaître :

- sa propre consommation d'alcool en nombre de verres et une éventuelle tentative de réduction ou de sevrage de sa consommation,
- son sentiment d'efficacité vis-à-vis des problèmes liés à l'alcool,
- ses connaissances, sa participation à des formations médicales continues ou a des enquêtes sur le sujet.

II.4.6 Variables explicatives patients

Ancienneté du suivi : Nous avons divisé notre population d'étude en trois groupes en fonction de l'ancienneté du suivi du patient par le médecin traitant : Les patients suivis depuis moins d'un an, ceux suivis depuis un à trois ans et ceux suivis depuis plus de trois ans.

Nous nous sommes pour cela fiés aux déclarations du médecin référent. Si celui-ci ne savait pas ou n'avait pas répondu à la question, nous tenions alors compte des déclarations du patient.

Nombre de consultations annuelles : Nous avons demandé au médecin traitant et au patient combien de fois le patient avait consulté (ou eu une visite médicale) au cours des douze mois précédents l'inclusion.

Nous avons ensuite constitué deux groupes : Une ou deux consultations annuelles et trois ou plus de trois consultations annuelles.

Nous avons cette fois encore pris en compte les déclarations du médecin et le cas échéant (pas de réponse ou « ne sait pas »), les déclarations du patient.

Âge : Nous avons réparti les patients en trois tranches d'âge : Les 40-49 ans, les 50-59 ans et les 60-74ans.

Sexe

Couple / Enfant : Les patients étaient interrogés sur leur situation familiale actuelle : Vivent-ils en couple ? Ont-ils des enfants ?

Langue Maternelle : Nous avons demandé au patient de préciser sa langue maternelle, puis nous avons classé les patients en deux groupes : ceux ayant le français pour langue maternelle et ceux ayant une autre langue pour langue maternelle.

Catégories socio-professionnelles (CSP) : Nous avons demandé au patient quelle était leur profession actuelle ou la dernière profession exercée. En l'absence de réponse dans le dossier patient, le renseignement était extrait du dossier médecin ou issu de l'avis du médecin. Puis nous avons regroupé les réponses en six catégories : 1 = agriculteurs, 2 = artisans commerçants, chefs d'entreprise, 3 = cadres et professions intellectuelles supérieures, 4 = professions intermédiaires, 5 = employés, 6 = ouvriers.

Réseau social : Le score de réseau social va de 1 (le plus restreint) à 4 (le plus étendu) en fonction des réponses à plusieurs questions.

Il a été calculé selon la méthode décrite par Berkman en 2004 et comporte quatre niveaux, déterminés par un score lui-même somme de trois sous scores. Chacun des trois sous scores explore un type de lien social différent :

statut marital ou cohabitant,

nombre de contacts avec des amis ou de la famille proche,

nombre d'affiliation à des associations : est fondé sur des questions relatives à l'appartenance à des associations.

Situation financière : Nous avons demandé aux patients quelle formule parmi les quatre suivantes correspondait à leur situation financière : 4 = « à l'aise », 3= « ça va », 2= « c'est juste » ou 1= « je n'y arrive pas ».

RMI : Le patient touche-t-il le Revenu Minimum d'Insertion ? Si le patient n'avait pas répondu à la question, nous prenions l'avis du médecin référent.

ALD30 : Nous avons également demandé au médecin traitant si le patient était pris en charge à 100 % dans le cadre de l'ALD30. Si le médecin traitant déclarait ne pas savoir ou n'avait pas répondu à la question, nous tenions alors compte de la réponse du patient.

CMU/AME : Nous avons demandé aux patients s'ils avaient la Couverture Maladie Universelle ou l'Aide Médicale d'Etat. Si le patient n'avait pas répondu à la question, nous prenions l'avis du médecin référent.

Antécédents cardiovasculaires : Il était demandé au patient s'il avait déjà eu un problème de coronaropathie, d'artériopathie ou d'accident vasculaire cérébral. Il répondait par oui ou non. En l'absence de déclaration du patient, la réponse du dossier médical était alors prise en compte.

HTA : Il était demandé au patient s'il avait déjà eu un problème d'hypertension. Il répondait par oui ou non. En l'absence de déclaration du patient, la réponse du dossier médical était alors prise en compte.

Hypercholestérolémie : Il était demandé au patient s'il avait déjà eu un problème de cholestérol. Il répondait par oui ou non. En l'absence de déclaration du patient, la réponse du dossier médical était alors prise en compte.

Diabète : Il était demandé au patient s'il avait déjà eu un problème de diabète. Il répondait par oui ou non. En l'absence de déclaration du patient, la réponse du dossier médical était alors prise en compte.

Alcool : Comme nous l'avons vu, nous avons considéré que les patients avaient une consommation excessive d'alcool s'ils déclaraient boire, pour les hommes, plus de 21 verres par semaine et pour les femmes, plus de 14 verres par semaine. Pour le risque aiguë nous avons considéré les critères de l'OMS, c'est-à-dire que nous avons considéré que les patients avaient une consommation excessive d'alcool s'ils déclaraient boire, pour les hommes, plus de 4 verres par occasion et pour les femmes, plus de 3 verres par occasion. Si le patient n'avait pas répondu à cette question, nous tenions alors compte des déclarations du médecin référent. Le médecin pouvait qualifier la consommation d'alcool de son patient comme : « abstinence », « pas de problème », « excessive occasionnelle », « excessive régulière », « inconnue » et « autre ». Etaient alors considérées comme une consommation excessive les deux réponses : « excessive occasionnelle » et « excessive régulière ».

Tabac : Nous avons considéré que les patients étaient fumeurs s'ils avaient déclaré fumer « régulièrement » ou « occasionnellement ». Si le patient n'avait pas répondu à cette question, nous tenions alors compte des déclarations du médecin traitant. Nous précisons que les patients déclarés « anciens fumeurs » ont été comptabilisés comme « non fumeurs ».

Obstacles psychiatriques : Pour chaque patient, nous avons demandé à son médecin traitant s'il présentait des troubles psychiatriques pouvant constituer un obstacle au système de prévention. Si le médecin ne savait pas ou n'avait pas répondu à la question, nous avons considéré que la réponse était non.

II.4.7 Variables explicatives médecins

Age : Nous avons réparti les médecins en quatre classes d'âge : les moins de 50 ans, les médecins âgés de 50 à 54 ans, ceux âgés de 55 à 59 ans et les plus de 60 ans.

Sexe

Ancienneté d'exercice : Les praticiens ont été répartis en trois groupes : ceux exerçant depuis moins de 20 ans, ceux ayant exercé entre 20 et 30 ans et ceux exerçant depuis plus de 30 ans.

Cabinet de groupe : Nous avons demandé au praticien s'il exerçait ou non dans un cabinet de groupe.

Durée des consultations : Nous avons interrogé les médecins quant à la durée moyenne de leurs consultations, en minutes. Les médecins ont ensuite été répartis en trois groupes : ceux réalisant des consultations de moins de 20 minutes, ceux ayant des consultations durant en moyenne 20 minutes et ceux pour lesquels les consultations durent plus de 20 minutes.

Rendez-vous de consultation : Nous avons demandé aux médecins s'ils consultaient sur rendez-vous.

Secteur : Les médecins traitants devaient préciser s'ils appartenaient au secteur 1, au secteur 2 ou s'ils n'étaient pas conventionnés.

Informatisation : Nous avons demandé aux médecins s'ils utilisaient des dossiers informatisés pour leurs consultations.

Rappel automatique : Dans le cas de dossiers informatisés, nous nous sommes renseignés sur l'existence d'un système de rappel automatique, hors rappel pour les vaccinations.

Enseignant : Nous avons demandé aux médecins s'ils exerçaient une fonction d'enseignant dans une faculté de médecine.

Participation a un groupe de pairs, d'EPP ou des réunions qualité : Nous avons demandé aux médecins s'ils participaient à ces groupes de travail.

Intérêt ou compétence spécifique pour l'alcoologie, la tabacologie ou la prévention en général (questions indépendantes) : Nous avons demandé aux médecins si eux-mêmes ou leurs

associés présentaient un intérêt ou des compétences dans un ou plusieurs de ces domaines. Il pouvaient répondre, oui, non ou un associé. Nous avons ensuite regroupé « non » et « associé » pour classer les réponses en « oui » ou « non ».

FMC HTA: Nous avons demandé au médecin s'il avait participé à une FMC portant sur la prise en charge de l'hypertension artérielle.

FMC Tabac: Nous avons demandé au médecin s'il avait participé à une FMC portant sur le dépistage et la prise en charge du tabagisme .

FMC Alcool : Nous avons demandé au médecin s'il avait participé à une FMC portant sur le dépistage et la prise en charge de la consommation à risque d'alcool.

FMC CCR: Nous avons demandé au médecin s'il avait participé à une FMC portant sur le dépistage du cancer colorectal.

FMC Cancer sein: Nous avons demandé au médecin s'il avait participé à une FMC portant sur le dépistage du cancer du sein.

FMC Cancer du col de l'utérus: Nous avons demandé au médecin s'il avait participé à une FMC portant sur le dépistage du cancer du col de l'utérus.

Enquête Alcool : Le praticien était interrogé sur une éventuelle participation à une enquête, en dehors de celles de l'industrie pharmaceutique, concernant le dépistage et la prise en charge de la consommation à risque d'alcool.

Pratique du frottis : Nous avons demandé au médecin s'il réalisait les FCU.

Sentiment d'efficacité pour traiter un problème d'HTA, de tabagisme ou un problème d'alcool (questions indépendantes) : Nous avons demandé au médecin s'il se sentait efficace pour traiter les problèmes dans ces domaines. Il pouvait répondre « peu », « assez » ou « très ».

Tabac : Nous avons demandé aux médecins s'ils étaient actuellement fumeurs.

Hemocult à jour : Nous avons cherché à savoir si le médecin référent était lui-même à jour pour le dépistage du cancer colorectal. Nous avons demandé aux médecins de quand datait leur dernier HémoCult. Ils pouvaient répondre : jamais, il y a plus de deux ans et il y a moins de deux ans. Les maîtres de stage de moins de 50 ans, et n'appartenant donc pas à la population cible, étaient classés dans une catégorie à part. Aucun des médecins n'avait plus de 74 ans.

FCU à jour : Nous avons demandé aux médecins femmes de quand datait leur dernier frottis. Elles pouvaient répondre « il y a plus de trois ans », « moins de trois ans » ou n'en avoir « jamais eu ». Aucune d'entre elles n'avait plus de 64 ans. Les médecins hommes étaient classés dans une catégorie à part.

Mammographie à jour : Nous avons demandé aux médecins femmes de quand datait leur dernière mammographie. Elles pouvaient répondre « il y a plus de deux ans », « moins de deux ans » ou n'en avoir « jamais eu ». Les médecins hommes et les médecins femmes de moins de 50 ans étaient classés dans une catégorie à part.

II.5 Saisie des données

La saisie a été réalisée par un groupe d'internes se réunissant régulièrement en groupe de travail, chaque interne préparant une thèse à partir de cette étude.

Une double saisie a eu lieu afin de rendre celle-ci la plus exacte possible, une première saisie a eu lieu de décembre 2008 à février 2009 puis une deuxième, de juillet à septembre 2009. Les questionnaires étaient bien sûr attribués à des internes différents entre les 2 saisies mais les internes gardaient le même type de questionnaire à saisir (patient ou dossier médical).

Un masque de saisie collectif a été élaboré grâce au logiciel Epidata, puis chaque interne a saisi une partie des questionnaires afin de créer une banque de données.

La finalisation de la banque de données a ensuite été confiée à deux internes supervisés par le responsable de l'analyse des données.

II.6 Analyse des résultats

L'analyse des résultats a été réalisée par le même groupe d'internes qui a participé à la saisie

Les internes se réunissaient en petit groupe en fonction du type de données en rapport avec leur thèse.

Les groupes ont été définis en fonction du thème principal de la thèse de chacun et ainsi ont été formé 3 groupes de 4 à 5 internes :

- Facteurs de risque cardiovasculaires (l'HTA, l'hypercholestérolémie, le diabète)
- Tabac/alcool
- Cancers (colon, col, sein).

Les internes devaient créer eux mêmes les variables d'intérêt concernant leur sujet et étaient supervisés par le responsable de l'analyse des données ainsi que par 2 médecins coordinateurs.

Les données saisies avec le masque Epidata ont été adaptées au format du logiciel SAS qui a permis de réaliser l'ensemble des analyses statistiques.

L'association de chacune des deux variables principales avec les variables patients a été testée en analyse univariée. Les analyses ont été réalisées sur l'ensemble de la population d'étude et en stratifiant sur le sexe.

Concernant l'analyse multivariée, chaque variable principale, a été expliquée en utilisant des modèles logistiques. Les modalités expliquées des variables d'intérêt étaient le fait d'avoir un dossier renseigné sur la consommation d'alcool et d'avoir été détecté correctement par le médecin comme consommateur excessif chronique. Les variables explicatives initialement introduites dans les modèles étaient celles liées à la variable principale avec un $p \leq 0,05$. Ensuite, les variables les moins significatives ont été retirées une à une pour ne conserver au final que des variables significatives avec un $p \leq 0,05$. Les modèles étaient systématiquement ajustés sur l'âge en classes et sur le sexe (en l'absence de stratification sur cette variable).

II.7 Étude qualitative

Afin d'éclairer les résultats et d'avoir un retour sur l'étude, une étude qualitative par technique de focus groupe a été réalisée.

L'objectif était de profiter de la mobilisation des médecins pendant l'étude quantitative, et de leur intérêt attendu vis à vis des résultats, pour les faire analyser ensemble les obstacles aux pratiques de prévention. Un deuxième objectif était d'identifier avec eux des pistes d'amélioration de ces pratiques.

Quatre réunions ont eu lieu avec remise des résultats.

A chaque réunion, après la présentation des résultats, les médecins ont été invités à en débattre. Les échanges ont été enregistrés et retranscrits verbatim.

Au total 434 minutes (7,2 heures) d'enregistrement ont été retranscrites et analysées.

III - RESULTATS

III.1 Description des populations

III.1.1 Population des Maîtres de stage

Les caractéristiques des maîtres de stage sont présentées dans le tableau 1 en annexe.

Extrait Tableau 1 : Tableau descriptif de la population des maîtres de stage

Variable	Modalités	N (miss)	n (%)
Vague d'inclusion	1ère	52 (0)	32 (61,5)
	2ème		20 (38,5)
Sexe	F	52 (0)	19 (36,5)
	H		33 (63,5)
Age	<50	52 (0)	12 (23,1)
	[50-55[		12 (23,1)
	[55-60[		17 (32,7)
	≥ 60		11 (21,2)
Ancienneté de l'exercice (en années)	≤ 20	52 (0)	14 (26,9)
	20-30		23 (44,2)
	>30		15 (28,8)
Cabinet de groupe	Non	52 (0)	15 (28,8)
	Oui		37 (71,2)
Secteur conventionnel (1 ou 2)	1	52 (0)	33 (63,5)
	2		19 (36,5)
Consultation sur RDV	Oui	52 (0)	52 (100,0)
Durée des consultations	<20	52 (0)	7 (13,5)
	20		28 (53,8)
	>20		17 (32,7)
Informatisation	Non	52 (0)	6 (11,5)
	Oui		46 (88,5)
Système de rappels automatiques pour certains actes de prévention	Non	52 (0)	37 (71,2)
	Oui		15 (28,8)
Enseignant à la faculté	Non	52 (0)	20 (38,5)
	Oui		32 (61,5)
Participe à un groupe qualité, groupe de pairs, groupe EPP	Non	52 (0)	19 (36,5)
	Oui		33 (63,5)

Variable	Modalités	N (miss)	n (%)
Intérêt/compétence spécifique en prévention*	Non Perso. Assoc.	52 (0)	15 (28,8) 31 (59,6) 6 (11,5)
Intérêt/compétence spécifique en tabacologie	Non Perso. Assoc.	52 (0)	34 (65,4) 12 (23,1) 6 (11,5)
FMC HTA	Non Oui	52 (0)	19 (36,5) 33 (63,5)
FMC tabac	Non Oui	52 (0)	29 (55,8) 23 (44,2)
FMC CCR	Non Oui	52 (0)	16 (30,8) 36 (69,2)
FMC cancer du sein	Non Oui	52 (0)	31 (59,6) 21 (40,4)
FMC cancer du col de l'uterus	Non Oui		30 (57,7) 22 (42,3)
Pratiquent le FCV	Non Oui	52 (0)	17 (32,7) 35 (67,3)
Médecin fumeur	Non Oui	52 (0)	45 (86,5) 7 (13,5)
Médecin suivi pour HTA	Non Oui	52 (0)	45 (88,2) 6 (11,8)
Date Hémo occult médecin	Jamais > 2 ans < 2 ans MDS < 50 ans	52 (0)	28 (53,8) 2 (3,8) 10 (19,2) 12 (23,1)
Délai depuis le dernier frottis	> 3ans ≤ 3ans hommes	51(1)	6 (11,8) 12 (23,5) 33 (64,7)
Délai depuis la dernière mammographie	>2ans ≤2ans sans objet (age<50ans ou sexe masculin)	52 (0)	5 (9,6) 8 (15,4) 39 (75,0)
A quel point le médecin se sent-il efficace pour traiter l'HTA ?	peu assez très	52 (0)	1 (1,9) 47 (90,4) 4 (7,7)
A quel point le médecin se sent-il efficace pour aider un fumeur?	peu assez très	52 (0)	22 (43,1) 28 (54,9) 1 (2,0)

Variable	Modalités	N (miss)	n (%)
A bénéficié d'une FMC sur l'alcool	Non	52 (0)	29 (55,8)
	Oui		23 (44,2)
A participé à une enquête sur l'alcool	Non	52 (0)	42 (80,8)
	Oui		10 (19,2)
Intérêt/compétence spécifique en alcoologie	Non	52 (0)	37 (71,2)
	Perso.		12 (23,1)
	Assoc.		3 (5,8)
A quel point le médecin se sent-il efficace pour un Pb d'OH ?	peu	52 (0)	2 (3,9)
	assez		33 (64,7)
	très		16 (31,4)

*Intérêt ou compétence du médecin ou d'un de ses associés s'il exerce en groupe

52 médecins généralistes maîtres de stage ont participé à l'étude ; 32 sur 120 maîtres de stage sollicités lors de la première vague, 20 lors de la deuxième vague (120 maîtres de stage de Paris Descartes ont de nouveaux été sollicités ainsi que la centaine de maîtres de stage de la Faculté Pierre et Marie Curie).

La population des maîtres de stage est constituée par environ deux tiers d'hommes et un tiers de femmes. La classe d'âge la plus représentée est celle des 55 – 60 ans (33 %). Trois médecins sur quatre exercent depuis plus de vingt ans.

La majorité fait partie d'un cabinet de groupe (71%). Deux médecins sur trois sont en secteur 1. Aucun des maîtres de stage n'appartient au secteur 3 « hors convention ». Ils travaillent principalement sur rendez-vous et leurs consultations durent en moyenne 20 minutes.

88% des médecins sont informatisés mais seulement 29 % ont un système de rappel automatique.

Six médecins sur dix cumulent l'activité d'enseignant à celle de maître de stage et 63% font partie d'un groupe d'évaluation des pratiques ou d'amélioration de la qualité. Six sur dix déclarent un intérêt ou une compétence spécifique pour la prévention et environ 45% ont participé à des formations sur un des thèmes de prévention de l'enquête (exception à 70% pour la participation à la formation au dépistage du cancer colo-rectal). Deux tiers déclarent pratiquer des frottis cervico-utérins.

Sept médecins sont fumeurs parmi les 52 maîtres de stage, 6 sont suivis pour une hypertension artérielle. Un médecin sur 4 concernés par l'Hémocult est à jour et 2 médecins femme sur 3 sont à jour pour le frottis ou la mammographie.

51 médecins sur 52 se sentent assez à l'aise pour traiter l'hypertension artérielle, 29/52 pour les problèmes de tabac.

Concernant l'alcool, 1 médecin sur 2 a déjà bénéficié d'une FMC sur l'alcool, et 1 sur 5 a déjà participé à une enquête sur le sujet. Environ 1 médecin sur 4 estime avoir un intérêt ou une compétence personnelle spécifique en alcoologie et 49 médecins sur les 52 se sentent assez à l'aise pour traiter un problème d'alcool.

III.1.2 Population de patients

Patients de l'étude

La population de patients pour la première variable (variable « dossier renseigné ») est la population de l'étude.

Les caractéristiques de ces patients sont listées dans les tableaux 2,3 et 4 en annexe.

Extrait Tableau 4 : Description du renseignement "consommation alcool" des hommes et des femmes

Variable	Modalités	N (miss)	n (%)
Sexe	F	3600 (0)	1796 (49,9)
	H		1804 (50,1)
Age	[40-50[	3600 (0)	1396 (38,8)
	[50-60[		1113 (30,9)
	[60-75[		1091 (30,3)
Enfants	NON	2554 (1046)	664 (26,0)
	OUI		1890 (74,0)
Français comme langue maternelle	NON	2552 (1048)	502 (19,7)
	OUI		2050 (80,3)
RMI	NON	2599 (1001)	2545 (97,9)
	OUI		54 (2,1)
CMU	NON	3600(0)	3357 (93,3)

Variable	Modalités	N (miss)	n (%)
	OUI		243 (6,8)
Situation financière*1	1 2 3 4	2528 (1072)	125 (4,9) 780 (30,9) 1286 (50,9) 337 (13,3)
PCS6*2	1 2 3 4 5 6	3199 (40,1)	2 (0,1) 146 (4,6) 1357 (42,4) 696 (21,8) 679 (21,2) 319 (10,0)
Affection de Longue Durée	NON OUI	3600 (0)	2800 (77,8) 800 (22,2)
Prévention secondaire cardiovasculaire	NON OUI	3589 (11)	3324 (92,6) 265 (7,4)
Diabète	NON OUI	3298 (346)	3222 (89,5) 378 (10,5)
Ancienneté du suivi	Moins d'1 an 1 à 3 ans Plus de 3 ans	3523 (77)	251 (7,1) 1219 (34,6) 2053 (58,3)
Nombre de C depuis 1 an	<3 ≥3	3550 (50)	2284 (64,3) 1266 (35,7) 1896 (74,1)
Alcool (à risque chronique)*3	NON OUI	2368 (1232)	2067 (87,3) 301 (12,7)

*1 : Situation financière perçue: 1 = n'y arrive pas du tout, 2 = doit faire attention, 3 = ça va, 4 = très à l'aide.

*2 : Codes des PCS : 1 = agriculteurs, 2 = artisans commerçants, chefs d'entreprise, 3 = cadres et professions intellectuelles supérieures, 4 = professions intermédiaires, 5 = employés, 6 = ouvriers (codage basé sur l'emploi actuel ou à défaut sur le dernier emploi exercé, ou à défaut sur l'emploi du conjoint).

*3 : risque chronique = Consommation d'alcool > 14 doses par semaine chez la femme et 21 doses chez l'homme (1 dose = 10 g d'alcool). Risque aiguë = Consommation d'alcool >4 verres par occasion pour les hommes et > 3 verres par occasion pour les femmes.

*4 : Le score de réseau social va de 1 (le plus restreint) à 4 (le plus étendu) en fonction des réponses à plusieurs questions (voir méthode).

Extrait Tableau 2 : Description du renseignement "consommation alcool" des femmes

Variable	Modalités	N (miss)	n (%)
Couple	NON	1324 (472)	516 (39,0)
	OUI		808 (61,0)
Fumeuse	NON	1333 (463)	1002 (75,2)
	OUI		331 (24,8)
Alcool (à risque aigu + chronique)*3	NON	1594 (202)	1259 (79,0)
	OUI		335 (21,0)
Alcool (à risque chronique)*3	NON	1202 (594)	1096 (91,2)
	OUI		106 (8,8)

Extrait Tableau 3 : Description du renseignement "consommation alcool" des hommes

Variable	Modalités	N (miss)	n (%)
Couple	NON	1231 (573)	312 (25,3)
	OUI		919 (74,7)
Fumeur	NON	1258 (546)	874 (69,5)
	OUI		384 (30,5)
Alcool (à risque aigu + chronique)*3	NON	1635 (169)	1014 (62,0)
	OUI		621 (38,0)
Alcool (à risque chronique)*3	NON	1166 (638)	971 (83,3)
	OUI		195 (16,7)

3600 patients ont été inclus, 7% des patients éligibles ont été exclus. 98,6% des questionnaires concernant le dossier médical ont été retournés par les médecins et 72,2% des questionnaires ont été retournés par les patients.

Par construction de l'échantillon, on retrouve autant d'hommes (n=1804) que de femmes(n=1796). Presque 40% des patients ont entre 40 et 50 ans, 30% entre 50 et 60 ans et 30% entre 60 et 75 ans^[A1].

Les trois-quart des hommes vivent en couple contre 60% des femmes, la majorité a des enfants(74%) et a pour langue maternelle le français(80%).

Le RMI est touché par 2% des patients et 7% sont couverts par la CMU. Un tiers déclare une situation financière perçue comme difficile et environ 4% déclarent même avoir une situation financière problématique (« n'y arrivent pas du tout »).

Les professions sont représentées dans les proportions suivantes : peu d'agriculteurs (0,1%), d'artisans-commerçants (4,6%) ou d'ouvriers (10%) mais plutôt des cadres et professions intellectuelles supérieures (42,4%), des professions dites intermédiaires (22%) et des employés (21%).

22% des patients sont pris en charge au titre d'une ALD, 7% ont un antécédent personnel cardio-vasculaire et 10,5% sont diabétiques.

Un tiers des hommes fument contre un quart des femmes.40% des hommes et moitié moins de femmes (20%) déclarent une consommation d'alcool à risque chronique ou ponctuelle. 16% des hommes et moitié moins de femmes (8%) déclarent une consommation d'alcool chronique excessive.

Les patients sont presque tous suivis depuis plus d'un an par leur médecin traitant (93%) et 58% le sont depuis au moins 3 ans. Ils ont consulté, pour les 2/3, une ou deux fois dans l'année écoulée et essentiellement en consultation au cabinet.

Patients à consommation d'alcool chronique excessive

Pour la deuxième variable (variable « détection des consommateurs à risque chronique »), la population ciblée correspond aux patients ayant déclaré une consommation chronique excessive. Nous avons pris comme référence la consommation déclarée d'alcool par le patient

un jour de semaine en « verres standards ». Cette consommation a été multipliée par sept et était considérée comme « chronique excessive » si le nombre de verres était supérieur à 14 pour les femmes et 21 pour les hommes.

Les caractéristiques de ces patients sont listées dans le tableau 11.

Extrait Tableau 11 : Description de la population quant à la détection du statut "consommation alcool excessive"

Variable	Modalités	N (miss)	n (%)
Sexe	F	301 (0)	106 (35,2)
	H		195 (64,8)
Age	[40-50[	301 (0)	93 (30,9)
	[50-60[		87 (28,9)
	[60-75[		121 (40,2)
Français comme langue maternelle	NON	298 (3)	58 (19,5)
	OUI		240 (80,5)
Couple	NON	298 (3)	100 (33,6)
	OUI		198 (66,4)
Enfants	NON	295 (6)	80 (27,1)
	OUI		215 (72,9)
RMI	NON	301 (0)	293 (97,3)
	OUI		8 (2,7)
CMU	NON	301 (0)	278 (92,4)
	OUI		23 (7,6)
Situation financière. ¹	1	297 (4)	18 (6,1)
	2		97 (32,7)
	3		147 (49,5)
	4		35 (11,8)
PCS ²	2	295 (6)	20 (6,8)
	3		149 (50,5)
	4		53 (18,0)
	5		48 (16,3)
	6		25 (8,5)
Affection de Longue Durée	NON	301 (0)	234 (77,7)
	OUI		67 (22,3)

<i>Variable</i>	<i>Modalités</i>	N (miss)	n (%)
Prévention secondaire cardio-vasculaire	NON OUI	301 (0)	264 (87,7) 37 (12,3)
Fumeurs	NON OUI	301 (0)	165 (55,0) 135 (45,0)
Ancienneté du suivi	Moins d'1 an 1 à 3 ans Plus de 3 ans	300 (1)	22 (7,3) 97 (32,3) 181 (60,3)
Nombre de C depuis 1 an	<3 ≥3	299 (2)	117 (39,1) 182 (60,9)

Les patients à consommation chronique excessive sont au nombre de 301 soit 8,36% de la population de l'étude.

Ce sont majoritairement des hommes (65%). 40% des patients ont entre 60 et 75 ans, 30% entre 50 et 60 ans et 30% entre 40 et 50 ans.

Les deux tiers des consommateurs à risque vivent en couple, la majorité a des enfants (73%) et a pour langue maternelle le français (80%).

Le RMI est touché par 2,7% des patients et 7,6% sont couverts par la CMU. 39% déclarent une situation financière perçue comme difficile.

Les professions sont représentées dans les proportions suivantes : peu d'artisans-commerçants(6,8%) ou d'ouvriers(8,5%) mais plutôt des cadres et professions intellectuelles supérieures(50,5%), des professions dites intermédiaires(18%) et des employés(16,3%).

22% des patients sont pris en charge au titre d'une ALD et 12,3% ont un antécédent personnel cardio-vasculaire.

Presque la moitié des consommateurs excessifs d'alcool ont une consommation de tabac associée .

Les patients sont presque tous suivis depuis plus d'un an par leur médecin traitant (93%) et 60% le sont depuis au moins 3 ans. Ils ont consulté, pour les 2/3, trois fois ou plus dans l'année écoulée et essentiellement en consultation au cabinet.

III.2 Analyses univariées

III.2.1 Renseignement du statut de consommation d'alcool dans le dossier

Nous avons stratifié sur le sexe cette analyse univariée car le renseignement était significativement différent chez les hommes et chez les femmes.

Femmes

Le modèle vide sigma μ_0 est égal 1,1823 avec un écart type ET à 0,1452. Celui ci étant différent de zéro, cela veut dire qu'il existe une variabilité inter médecin pour le renseignement du dossier.

Variables patients

Les résultats sont regroupés dans le tableau 5 en annexe.

Extrait Tableau 5 : Analyses univariées du renseignement "consommation alcool" en fonction des variables patientes femmes (variables significatives)

Variable	Modalités	n	0	1	p
Fumeuses	NON	1223	81,77	18,23	0,0002
	OUI	423	75,18	24,82	
Pathologie psychiatrique faisant obstacle à la prévention	NON	1660	81,87	18,13	0,0025
	OUI		72,79	27,21	

Les patientes fumeuses ont leur dossier mieux renseigné sur leur consommation d'alcool (p= 0,0002).

Le fait d'avoir une pathologie psychiatrique pouvant faire obstacle à la prévention est également associé à un meilleur recueil ($p=0,0025$).

Variabes médecins

Les résultats sont regroupés dans le tableau 7 en annexe.

Extrait Tableau 7 : Analyses univariées du renseignement "consommation alcool" chez les femmes en fonctions des variables médecins (variable significative)

Variable	Modalités	n	0	1	p
Sexe	Femme	1132	84,3	15,7	0,07
	Homme	664	75,9	24,1	

Les médecins femmes semblent mieux renseigner les dossiers sur la consommation d'alcool des patientes ($p=0,07$).

Hommes

Le modèle vide sigma μ_0 est égal 1,1114 avec un écart type ET à 0,1332. Celui ci ne comprenant pas zéro, cela veut dire qu'il existe donc une grosse variabilité entre les médecins.

Variabes patients

Les résultats sont regroupés dans le tableau 6 en annexe.

Extrait Tableau 6 : Analyses univariées du renseignement "consommation alcool" en fonction des variables patients hommes (variables significatives)

Variable	Modalités	n	0	1	p
Couple	NON	312	61,54	38,46	0,0074
	OUI	919	71,16	28,84	
Fumeurs	NON	1132	70,05	29,95	< 0,0001
	OUI	514	59,34	40,66	
Situation financière*1	1	51	47,06	52,94	< 0,0009
	2	372	65,32	34,68	
	3	613	69,49	30,51	
	4	183	77,05	22,95	
RMI	NON	1225	68,98	31,02	0,014
	OUI	34	50	50	
Hypercholestérolémie	NON	1392	69,76	30,24	0,0477
	OUI	412	64,81	35,19	
Ancienneté du suivi	Moins d'1an	130	59,23	40,77	

<i>Variable</i>	<i>Modalités</i>	<i>n</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>p</i>
	1 à 3 ans	641	64,27	35,73	0,002
	Pus de 3 ans	992	72,18	27,82	
Résaeu social*4	1	129	59,69	40,31	0,0289
	2	450	66,89	33,11	
	3	475	70,95	29,05	
	4	133	75,94	24,06	

Le fait de ne pas vivre en couple semble être associé à un meilleur recueil des données sur la consommation d'alcool ($p=0,0074$).

Le fait de fumer est associé fortement avec un recueil de l'information sur la consommation d'alcool ($p<0,0001$).

Les patients étant dans une situation financière perçue comme difficile voient leurs dossiers nettement mieux renseignés quant à la consommation d'alcool ($p<0,0009$).

Être bénéficiaire du RMI est associé à un meilleur renseignement dans le dossier ($p=0,014$).

Les patients suivis pour une hypercholestérolémie ont un meilleur taux de renseignement sur leur consommation ($p=0,0477$).

Les patients suivis depuis moins d'un an ont des dossiers mieux renseignés que les patients suivis depuis plus longtemps ($p=0,002$).

Les patients présentant un réseau social restreint ont également un meilleur recueil des données sur la consommation d'alcool ($p=0,0289$).

Variables médecins

Les résultats sont regroupés dans le tableau 8 en annexe.

L'analyse statistique n'a pas retrouvé de variable médecin significative.

III.2.2 Détection des consommateurs chroniques excessifs

Pour cette variable, nous n'avons pas différencié les hommes et les femmes, la détection n'étant pas significativement différente entre les deux.

Il n'existe par ailleurs pas de variabilité entre les médecins dans la détection des consommateurs à risque chronique.

Variables patients

Les résultats sont regroupés dans le tableau 13 en annexe

Extrait Tableau 13 : Analyses univariées de la détection du statut "consommation d'alcool excessive" en fonction des variables patient (variables significatives)

Variable	Modalités	n	0	1	p
Sexe	F	106	89,62	10,4	0,0037
	H	195	74,36	25,6	
Fumeurs	NON	165	85,45	14,6	0,0059
	OUI	135	72,59	27,4	
Situation financière*1	1	18	44,44	55,6	<0,0007
	2	97	78,35	21,7	
	3	147	81,63	18,4	
	4	35	91,43	8,57	
RMI	NON	293	80,55	19,5	0,034
	OUI	8	50	50	
CMU	NON	278	81,29	18,7	0,0192
	OUI	23	60,87	39,1	
HTA	NON	211	83,41	16,6	0,0151
	OUI	90	71,11	28,9	
Problème psychiatrique	NON	278	81,65	18,4	0,004
	OUI	23	56,52	43,5	
Nombre de C depuis 1 an	<3	117	85,65	14,5	0,0434
	≥3	182	75,82	24,2	
Réseau social*4	1	35	71,43	28,6	0,0234
	2	126	73,81	26,2	
	3	108	87,04	13	
	4	22	90,91	9,09	

Les hommes sont mieux détectés comme consommateurs excessifs (p=0,0037).

Les fumeurs sont également mieux détectés (p=0,0059).

Les patients étant dans une situation financière perçue comme difficile ont une meilleure détection de leur consommation à risque (p<0,0007).

Être bénéficiaire du RMI est associé à une meilleure détection (p=0,034). Il en est de même pour les patients assurés par une CMU (p=0,0192).

Les consommateurs à risque suivis pour une HTA sont mieux détectés comme consommateurs excessifs (p=0,0151).

Le fait d'avoir une pathologie psychiatrique pouvant faire obstacle à la prévention est également associé à une meilleure détection du statut buveur excessif (p=0,004).

Avoir consulté plus de 3 fois au cours de l'année passée est associé à une meilleure détection du statut de consommateur chronique excessif (p=0,0434).

Les patients présentant un réseau social restreint ont également une meilleure détection de leur consommation d'alcool à risque (p=0,0234).

Variables médecins

Les résultats sont regroupés dans le tableau 15.

L'analyse statistique n'a pas retrouvé de variable médecin significative.

III.3 Analyses multivariées

III.3.1 Renseignement du statut de consommation d'alcool dans le dossier

Femmes

Variables patients

Les résultats sont présentés dans le tableau 9.

Tableau 9 : Analyses multivariées du renseignement "consommation alcool" chez les femmes en fonctions des variables patientes.

Variable	Modalités	Odds Ratio	Intervalle de confiance à 95%	p	p global
Age	[40-50[	0,92	0,66-1,29	0,63	0,21
	[50-60[	1	--		
	[60-75[	0,87	0,60-1,25	0,45	
Fumeuses	OUI	1,78	1,30-2,44		
	NON	1	--	0,0007	
Problème psychiatrique	OUI	1,77	1,05-2,97		
	NON	1	--	0,0362	

sigma_u0 = 1,2364 écart type (0,93-1,55) p<0,0001

Les patientes **fumeuses** présentent un dossier mieux renseigné quant aux données sur la consommation d'alcool. OR 1,78 (p=0,0007)

Les patientes ayant une **pathologie psychiatrique** pouvant faire obstacle à la prévention, voient leurs dossiers mieux renseigné quant à leur consommation d'alcool. OR 1.77 (p=0,0362).

Variabes médecins

La variable médecin retrouvée en analyse univariée ne s'est pas révélée être significative en analyse multivariée, il n'existe donc pas de variable médecin significative en analyse multivariée.

Hommes

Variabes Patients

Les résultats sont présentés dans le tableau 10.

Tableau 10 : Analyses multivariées du renseignement "consommation alcool" chez les hommes en fonctions des variables patients.

Variable	Modalités	Odds Ratio	Intervalle de confiance à 95%	p	p global
Age	[40-50[0,72	0,50-1,04	0,09	0,21
	[50-60[	1	--	
	[60-75[	0,8	0,55-1,16	0,24
Hypercholestérolémie	OUI	1,47	1,03-2,10		
	NON	1	--	0,038	
Fumeurs	OUI	1,72	1,24-2,38		
	NON	1	--	0,0019	
Situation financière	1	3,48	1,62-7,44	0,0023	0,0025
	2	1,11	0,79-1,57	0,5318	
	3	1	--		
	4	0,63	0,40-0,99	0,0518	
Ancienneté du suivi	Moins d'1 an	2,3	1,31-4,05	0,0055	0,0111
	1 à 3 ans	1	--		
	Pus de 3 ans	1,4	1,00-1,96	0,0528	

Sigma $\mu_0 = 1,2262$ écart type (0,91-1,54) p<0,0001

Le fait de **fumer** est associé à un meilleur recueil de l'information sur la consommation d'alcool OR1 ,72 (p=0,0019).

Les patients étant dans une **situation financière perçue comme difficile** voient leurs dossiers nettement mieux renseignés quant à la consommation d'alcool OR 3,48 (p=0,0023).

Les patients suivis pour une **hypercholestérolémie** ont un meilleur taux de renseignement sur leur consommation OR 1,47 (p=0,038).

Les patients **suivis depuis moins d'un an** ont des dossiers mieux renseignés que les patients suivis depuis plus longtemps OR 2,3 (p=0,0055).

Variabes médecins

L'analyse statistique n'a pas retrouvé de variable médecin significative en analyse univariée, ne permettant pas d'analyse multivariée.

III.3.2 Détection des consommateurs chroniques excessifs

Variabes patients

Les résultats sont présentés dans le tableau 14 et 14bis.

Tableau 14 : Analyses multivariées de la détection du statut "consommation excessive alcool" en fonctions des variables patients.

Variable	Modalités	Odds Ratio	Intervalle de confiance à 95%	p	p global
Age	[40-50[0,78	0,37-1,65	0,5225	0,2488
	[50-60[	1	--	
	[60-75[	0,52	0,25-1,11	0,099
Sexe	F	1	--		0,0019
	H	3,45	1,64-7,24		
Situation financière	1	5,21	1,71-15,88	0,0054	0,0183
	2	1,32	0,68-2,58	0,4143	
	3	1	--		
	4	0,45	0,13-1,65	0,2368	

On retrouve deux variables significatives en analyse multivariée :

Les **hommes** sont très nettement mieux détectés comme consommateurs excessifs que les femmes OR 3,45 (p=0,0019).

Les patients étant dans une **situation financière perçue comme difficile** ont une meilleure détection de leur consommation à risque OR 5,21(p=0,0054).

Cependant deux autres variables sont à la limite de la significativité :

Les **fumeurs** aussi seraient mieux détectés OR 2,02 (p=0,0428).

Les consommateurs à risque suivis pour une **HTA** sont également mieux détectés OR 2,01 (p=0,0551).

Tableau 14bis : Analyses multivariées de la détection du statut "consommation excessive alcool" en fonctions des variables patients (incluant les variables tabac et HTA)

Variable	Modalités	Odds Ratio	Intervalle de confiance à 95%	p	p global
Age	[40-50[0,87	0,39-1,94	0,7426	0,3937
	[50-60[	1	--	
	[60-75[	0,58	0,26-1,27	0,18
Sexe	F	1	--		
	H	3,17	1,49-6,74	0,0042	
Situation financière	1	4,32	1,36-13,64	0,0161	0,0376
	2	1,24	0,63-2,46	0,5317	
	3	1	--		
	4	0,41	0,11-1,50	0,1846	
Fumeurs	OUI	2,02	1,04-3,96	0,0428	
	NON	1	--		
HTA	OUI	2,01	1,00-4,06	0,0551	
	NON	1	--		

Variables médecins

L'analyse statistique n'a pas retrouvé de variable médecin significative en analyse univariée, ne permettant pas d'analyse multivariée.

IV - DISCUSSION

IV.1 DISCUSSION DES PRINCIPAUX

RESULTATS

IV.1.1 Qualité de la *tenue du dossier médical* concernant le renseignement sur la consommation d'alcool.

Malgré le caractère « indispensable » du recueil de l'information concernant la consommation d'alcool dans le dossier médical (38), les résultats de notre étude montrent l'insuffisance de ce recueil. En effet, seulement 25% des dossiers contiennent une information sur la consommation d'alcool du patient.

Ce chiffre est inférieur aux données de la littérature qui retrouvent un taux de remplissage des dossiers situé entre 40 et 60% (43, 44, 46). En France, le Groupe Lorrain d'Audit Médical (G.L.A.M.) a réalisé en 2009 un audit sur la tenue du dossier médical vis-à-vis de la consommation d'alcool (45). Le recueil était rétrospectif et les informations sur la consommation d'alcool étaient à chercher dans le dossier du patient. Les résultats de cet audit sont, là encore, supérieurs aux nôtres avec un taux de remplissage de 45%.

Ces écarts peuvent correspondre à des disparités géographiques et nationales mais aussi au mode de recueil. En effet, dans notre étude, ce sont les internes qui ont enquêté à partir du dossier médical mis à leur disposition puis le médecin était ensuite interrogé si l'interne ne trouvait pas l'information dans le dossier. Les médecins n'ont donc pas pu optimiser leurs résultats en faisant une recherche exhaustive dans le dossier et les internes pouvaient se sentir moins concernés par la qualité du recueil des données que le médecin ou que les investigateurs de l'étude. Or, dans la plupart des autres études recueillant la consommation d'alcool, les données sur l'alcool sont recherchées de façon exhaustive dans le dossier médical par les enquêteurs.

En analyse multivariée, les caractéristiques des patients « hommes » significativement liées à un meilleur taux de remplissage des dossiers sont : le fait de fumer, d'avoir une hypercholestérolémie, d'être suivi depuis moins d'un an et d'avoir une situation financière perçue comme difficile.

Pour les femmes, les caractéristiques significativement en relation avec un meilleur taux de remplissage du dossier médical sont : le fait de fumer et d'avoir une pathologie psychiatrique pouvant faire obstacle à la prévention.

Tabac : Les consommations d'alcool et de tabac sont classiquement associées. De nombreuses études épidémiologiques ont mis en relation ces comportements. En effet, les consommateurs excessifs d'alcool sont aussi les plus importants consommateurs de tabac. 80 à 95% des sujets alcoolo-dépendants fument (soit trois fois plus que la population générale), avec une grande proportion de gros fumeurs : environ 70% fument plus d'un paquet par jour (contre 10% en population générale) Et inversement, les fumeurs sont plus enclins à boire de l'alcool que les autres. Les fumeurs dépendants de la nicotine ont même presque 3 fois plus de risques de devenir alcoolo-dépendants. (57). Il paraît donc logique que les médecins pensent à poser la question de la consommation d'alcool chez les patients fumeurs.

Cholestérol : A un niveau de consommation modéré, l'alcool augmente le taux de HDL-Cholestérol sans modifier le taux de triglycérides ou de LDL-Cholestérol. Mais^[A2] en cas de consommation excessive, l'alcool augmente la triglycéridémie. Il ne serait donc pas étonnant que les dossiers soient mieux renseignés chez les patients ayant une hypercholestérolémie de type hypertriglycéridémie pouvant faire évoquer au médecin un problème de consommation d'alcool. De plus, il est possible que les médecins aient assimilé les patients ayant une hypercholestérolémie à un profil de patients « bon mangeur, bon buveur » ou tout du moins de patients peu soucieux de prévention, les amenant ainsi à les interroger sur leur consommation d'alcool.

Patients suivis depuis moins d'un an : Cette tendance à rechercher les mésusages chez les nouveaux patients se retrouve également dans une méta-analyse de 2009 concernant l'attitude des médecins généralistes vis-à-vis du tabac. Celle-ci montrait que les médecins questionnaient surtout les patients sur leur consommation de tabac lors d'une première rencontre et retrouvait entre 62% et 98% de statut tabagique renseigné pour les nouveaux patients (56). Cela peut paraître paradoxal : en effet, pour les patients connus depuis plus longtemps, les occasions de les repérer devraient être plus nombreuses. On peut expliquer cette tendance par l'organisation systématique d'une première rencontre où les médecins remplissent un certain nombre de « cases » pour créer un dossier médical ou cerner un patient. Un facteur relationnel entre peut-être aussi en compte : les médecins oseraient moins

être intrusifs dans une relation moins neutre qu'une première rencontre, avec des patients qui leur font confiance depuis longtemps. En 2002, l'enquête de Bouix confirmait que les médecins se sentaient peu à l'aise pour poser des questions sur la consommation d'alcool à leurs patients. (58)

Cela pourrait expliquer la réponse apportée par un certain nombre de médecins dans une étude analysant les attitudes des médecins vis-à-vis des facteurs de risque. Les médecins jugeaient alors que la question de l'alcool devrait être abordée au travers d'un questionnaire de santé plus formel et global.(55) Cette solution a sans doute été envisagée afin de réintroduire une distance avec le patient, distance qui paraît nécessaire aux yeux des médecins pour aborder un sujet encore tabou tel que l'alcool.

Situation financière perçue comme difficile : On remarque que les groupes de niveau socio-économique plus faible (ceux au niveau d'éducation moins élevé, au niveau professionnel plus faible ou au revenu faible ainsi que les chômeurs) ont deux comportements opposés vis-à-vis de l'alcool : ils sont plus enclin à la non-consommation mais aussi à la consommation excessive chronique (49, 51,52). Les personnes ayant connu au cours de leur vie des épisodes de précarité appartiennent donc à une population à risque de consommation excessive avec un risque plus souvent chronique que ponctuel. Les médecins sensibilisés à ce facteur de risque pensent donc plus à parler d'alcool dans ce groupe à risque.

Pathologie psychiatrique pouvant faire obstacle à la prévention : Une enquête américaine de 2005 a montré qu'il existait un lien entre l'existence d'un diagnostic de pathologie psychiatrique et le fait d'être interrogé sur sa consommation d'alcool (50). Cela est certainement dû à l'association existante entre alcool et pathologie psychiatrique retrouvée par des études internationales de prévalence. Ces études ont révélé que les patients présentant des pathologies psychiatriques sévères ont un mésusage d'alcool significativement plus élevé que la population générale. L'enquête ECA (Epidemiological cathment area) montre ainsi que la prévalence (vie entière) des troubles liés à l'abus ou à la dépendance à l'alcool serait de 43,6% chez les patients bipolaires contre 13,5% dans la population générale(53). L'étude NCS (National Comorbidity Survey), quant à elle, montre que 52% des sujets présentant un trouble lié à l'alcool ont également un trouble psychiatrique co-occurent (prévalence vie entière également) (54). De même que pour le tabac, le cholestérol ou la précarité, les médecins ont associé les pathologies psychiatriques à une notion de risque de survenue de

consommation excessive plus important et ont donc mieux renseigné le dossier du fait de ce sur-risque.

Nous avons retrouvé une variabilité inter-médecin significativement non nulle pour le remplissage des dossiers. Il existe donc des différences de pratique entre les médecins, sans pour autant que l'analyse des données n'ait permis de retrouver de variable propre aux médecins, que ce soit pour les hommes comme pour les femmes. Pour la comprendre, cette variabilité inter-médecin encore non expliquée dans le recueil de l'information « alcool » mériterait d'être approfondie par d'autres études.

On aurait ainsi pu s'attendre à ce que des variables telles que la formation ou la sensibilisation des médecins aux problématiques liées à l'alcool ou des variables de type organisationnelles telles que la durée des consultations ou l'informatisation du cabinet soient liées à un meilleur taux de remplissage du statut alcoolique dans les dossiers. Le manque de temps est une raison fréquemment évoquée par les médecins pour expliquer l'insuffisance de prévention. (55,56, 58, 61), mais il ne semble pas ici que le temps ait joué un quelconque rôle dans la qualité de tenue du dossier médical. L'informatisation des dossiers n'apporte pas non plus de démarche systématique dans le remplissage des dossiers, même chez les médecins bénéficiant de système de rappel automatique. Ceci dit, nous n'avons pas exploré le type de système de rappel automatique présent dans les cabinets et ils n'étaient pas forcément en lien avec l'alcool mais peut-être plus avec les autres domaines de la prévention.

Ces résultats nous montrent donc que le dépistage, qui devrait être effectué pour tous les patients, n'est pas effectué de manière systématique mais de manière opportuniste quand le médecin décèle un risque de consommation excessive du fait des associations classiques reconnues dans la littérature scientifique de certains facteurs avec l'alcool.

IV.1.2 Qualité de la Détection des consommateurs excessifs

Dans notre étude, la prévalence de la consommation d'alcool à risque chronique est de 12,7 %, elle est légèrement supérieure aux données de la littérature. En effet, 8 à 9% de la population a une consommation d'alcool à risque chronique (13, 42) selon des enquêtes de santé faites en population générale. Or, les prévalences varient avec le sexe et l'âge et par construction, notre population compte autant d'hommes que de femmes et les 18-49 ans ne sont pas représentés, ce qui peut être un facteur expliquant cette prévalence élevée. En effet, comme nous l'avons vu, les consommations quotidiennes de boissons alcoolisées augmentent avec l'âge quel que soit le niveau d'usage et concernent surtout les hommes. Notre population appartient donc à un groupe d'âge où la consommation chronique est plus importante.

Sur les 301 patients en consommation excessive d'alcool, les dossiers médicaux en renseignent 61 comme tel soit 20,3% contre 76 patients au total (soit 25,3%) déclarés en consommation excessive quand l'avis du médecin complétait les lacunes du dossier. On aurait pu s'attendre à ce que l'avis du médecin soit un meilleur indicateur que le recueil d'information dans les dossiers. Les médecins peuvent en effet détecter des consommations à risque sans forcément les reporter dans le dossier médical. Mais en réalité, seuls 15 patients soit 5% des consommateurs excessifs avaient été repérés comme tel par le médecin sans qu'une information n'ait été notée dans le dossier. Par extrapolation, on peut en déduire dans ce cas que la qualité du dossier reflète effectivement de la qualité des soins dispensés.

Quoi qu'il en soit, la proportion de patients diagnostiqués pour un problème de consommation excessive d'alcool est faible. Les études montrent toujours des taux de détection relativement faibles (62, 63, 66, 67). Nos résultats sont tout de même inférieurs aux résultats obtenus dans une étude similaire effectuée en 2007 chez des généralistes allemands qui retrouvait un taux de détection des consommateurs à problème de 38,6%. (62)

Les caractéristiques des patients, hommes et femmes confondus, significativement liées à une meilleure détection des consommateurs excessifs d'alcool sont: le fait d'être un homme et d'avoir une situation financière perçue comme difficile.

Par ailleurs, sont à la limite de la significativité le fait de fumer et d'être suivi pour une HTA.

De la même manière que l'on a vu que le tabac, le sexe masculin, la situation de précarité étaient des facteurs liés à la consommation excessive chronique d'alcool, l'hypertension artérielle est également liée à l'alcool en tant que co-morbidité fréquente. En effet, il semblerait qu'au-delà de 30g d'alcool par jour, la consommation régulière d'alcool augmente la pression artérielle d'environ 1mmHg pour 10g d'alcool par jour avec un risque de développer une HTA estimé à 16% chez les consommateurs d'alcool excessifs. Mais la relation exacte entre la quantité d'alcool consommée et le niveau d'augmentation de pression artérielle reste tout de même débattue à ce jour (59, 60)

On peut donc en conclure que les patients ayant un profil de consommateur à risque sont mieux dépistés que les consommateurs excessifs sans co-morbidités ni facteurs de risque associés à l'alcool.

L'enquête européenne EURECA a elle aussi retrouvé un taux de patients dépistés significativement plus important en présence d'une co-morbidité pouvant être liée à l'alcool (46). Ceci est d'autant plus dommageable que l'intérêt du dépistage est de pouvoir proposer une intervention brève à la suite, or le repérage précoce et l'intervention brève n'ont pas prouvé leur efficacité dans le cas des très gros buveurs ou de la dépendance (64). Paradoxalement, il apparaît donc que les pathologies secondaires, au même titre que les facteurs de risque, sont des facteurs de meilleure détection, alors que le dépistage devrait plutôt intervenir à un stade précoce, avant que la consommation d'alcool ne soit tellement ancrée qu'elle ait déjà induit des pathologies secondaires.

Contrairement au recueil de l'information alcool dans le dossier médical, nous n'avons pas retrouvé d'effet médecin dans la détection des consommateurs excessifs. Il existe donc une variabilité entre les médecins pour le recueil de l'information mais pas de variabilité entre eux dans leur capacité de détection des sujets à risque.

Nous n'avons d'ailleurs pas non plus retrouvé de variable propre aux médecins qui soit en relation avec une meilleure détection.

IV.2 FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

IV.2.1 Forces de l'étude :

Les principales forces de cette étude sont en premier lieu la taille de la population qui était importante avec 3600 patients inclus, le fort taux de réponse avec 72,2 % de retour pour les patients et 98,6 % pour les médecins et l'exploration concomitante des caractéristiques des patients et des facteurs médecin liés à la prévention.

IV.2.2 Limites de l'étude

Plusieurs limites existent dans cette étude : les biais de sélection de la population des patients et des médecins, les biais de mesure et le choix des variables.

Biais de sélection

Population de patients

Les patients ont été sélectionnés selon les critères d'inclusion de l'étude (patients tirés au sort dans la patientèle médecin traitant). L'étude analysant également les différentes actions de prévention organisée (dépistage du cancer colo-rectal, frottis cervico-vaginal, mammographie), seuls les patients âgés 50 à 74 ans ont été sélectionnés. Tous les âges ne sont donc pas représentés dans notre population. Nous avons sélectionné une population plus âgée et donc plus encline à la consommation quotidienne d'alcool mais moins à l'alcoolisation aiguë.

Notre travail ayant été réalisé grâce à des données franciliennes, et surtout parisiennes, notre population de patients n'est pas représentative de la population générale :

En effet, le taux de cadres et professions intellectuelles supérieures est plus important dans notre échantillon de patients (42 % contre 16,3 % de la population générale active). Par contre, les employés sont moins représentés (21,2% contre 29,7%) et les ouvriers sont nettement sous représentés (10% contre 22,8% en France) (48). Or, les femmes cadres sont plus à risque d'avoir une consommation excessive que les autres CSP. Pour les hommes, l'association entre catégorie socio-économique et consommation excessive est moins nette mais on note tout de même que les employés présentent un risque moindre de

consommation excessive (49). Notre population contient donc davantage de patients ayant une CSP associée à un risque plus élevé de consommation excessive.

En dépit de ce pourcentage élevé de cadres, le taux de patients précaires est identique à celui de la population générale ; 6,8% des patients bénéficient de la CMU (contre 5,9 % de la population métropolitaine en 2011) et 2,1% dépendent du RMI (contre 3% en France) (65).

Il est difficile de comparer précisément les proportions de fumeurs entre population de l'étude et population générale. En effet, parmi les hommes âgés de 15 à 75 ans, 32,4% fument régulièrement contre 26% des femmes âgées de 15 à 85 ans (47).

Ces chiffres sont comparables aux résultats de notre étude qui retrouvent 30,5% de fumeurs et 24,8% de fumeuses alors que notre population est plus âgée.

En effet la consommation de tabac diminuant avec l'âge à partir de 30 ans et plus fortement encore après 50 ans nous aurions pu nous attendre à retrouver une proportion de fumeurs moins importante que celle de la population générale.

Population de médecins

La population des maîtres de stage franciliens n'est pas non plus représentative de la population médicale française.

Du fait de leur mission de formation, ils sont probablement plus vigilants quant à la qualité des soins de prévention et à la tenue des dossiers. En plus de leur rôle de maître de stage, ils sont particulièrement actifs en terme de formation et de recherche de qualité : 2/3 sont enseignants, 2/3 appartiennent à un groupe de pairs, plus d'un quart sont responsables d'une FMC et plus de la moitié ont reçu une formation sur l'alcool.

Les médecins de l'étude ont une durée moyenne de consultation plus longue. 54 % des médecins de l'étude consultent 20 minutes et 33 % prennent plus de 20 minutes pour voir les patients contre une durée moyenne de consultation de 16 minutes dans la population médicale française (69).

Par ailleurs, ils sont plus âgés que dans la population médicale française. 53% des médecins ont plus de 55 ans contre 33% en France en 2008. Or, l'étude de Berner en 2007 trouvait un taux de détection pour les problèmes d'alcool 4 fois plus important chez les médecins de plus de 50 ans (62).

Par contre, le taux d'informatisation de notre population est similaire à celui de la population médicale française (88,5 contre 89 %) (36).

Malgré la présence de nombreux facteurs nécessaires à une prévention de qualité chez les médecins participants, les résultats obtenus concernant le dépistage et la détection sont

mauvais. Nous pouvons alors supposer que la réalité concernant le dépistage en France est encore moins bonne que celle exposée ici.

Biais de mesure

Pour les patients, des erreurs de mémoire ou de fausses déclarations pouvaient biaiser les informations concernant l'alcool. En effet, les questions sur la consommation d'alcool ayant encore un caractère « privé », certains patients ont pu sous-déclarer leur consommation.

De même, l'avis du médecin pouvait être sujet à des erreurs de mémoire.

Choix des variables

Nous avons choisi comme référence la consommation déclarée des patients un jour de semaine que nous avons multiplié par le nombre de jours dans une semaine pour estimer la consommation des patients. Nous considérons donc que la consommation du week-end est une extension de la consommation de la semaine.

Ce choix a été motivé par l'idée que nous aurions probablement sur-évalué la consommation réelle des patients en considérant leur consommation du week-end comme identique à celle d'un jour exceptionnel. En effet, les week-ends et jours exceptionnels n'étaient pas dissociés dans le questionnaire et les patients devaient déclarer le nombre minimal et maximal de verres bus au cours d'un week-end ou d'une situation exceptionnelle. Les patients ont-ils déclaré leur consommation moyenne des week-end et jours de fête ? Ou ont-ils déclaré leur consommation maximale lors d'un tel jour ?

Par conséquent, en faisant ce choix nous avons dû, à l'inverse, sous-estimer la consommation des patients qui boivent généralement plus les week-ends que les jours de semaine.

Pour la détection, nous avons choisi comme référence pour l'évaluation de la consommation des patients faite par le médecin la réponse « consommation excessive régulière » donnée par le médecin. Mais les médecins ont peut-être repéré des consommations à risque de manière imprécise en les classant tout de même dans la catégorie « consommation excessive ponctuelle ». en choisissant cette variable nous sous-estimons donc sûrement le taux de patients réellement détectés par le médecin.

IV.3 COMPARAISON AUX AUTRES ETUDES

Nous pouvons retrouver deux études dont le sujet était similaire au nôtre. Tout d'abord la thèse du Dr Hendy Abdoul de 2008 (70) qui avait pour objet d'identifier les facteurs liés aux pratiques de prévention du tabagisme et de l'alcoolisme en médecine générale en étudiant les caractéristiques des patients et des médecins, et l'étude de Berner (62) qui s'intéressait à la détection de l'alcoolisme en explorant lui aussi à la fois les caractéristiques patient et médecin.

L'étude du Dr Abdoul portait sur une population masculine francilienne avec des limites d'âge à peu près équivalentes aux nôtres (35 à 64 ans), 59 médecins ont été inclus dans l'étude. Par contre, le protocole d'inclusion des patients et le mode de recueil étaient différents des nôtres. L'enquête était proposée par les médecins inclus aux patients consultant au cabinet dans les deux semaines qui suivaient l'inclusion et pour le recueil des données du dossier médical, l'enquêteur posait la question au médecin qui répondait et regardait dans son dossier.

L'étude de Berner, quant à elle, portait sur une population allemande qui présente des caractéristiques différentes de la nôtre, dont sa culture de l'alcool qui est moins permissive. Les patients étaient inclus à partir de l'âge de 16 ans et là encore, ce sont les patients consultant au cabinet qui ont été inclus, 59 médecins ont été inclus. On posait la question du jugement du médecin sur la consommation d'alcool de son patient après la consultation avec le patient alors que le médecin savait qu'il allait être questionné à ce sujet.

La différence majeure est donc dans la différence d'inclusion des patients. En effet, dans notre étude les patients étaient tirés au sort dans la liste de médecin traitant de l'Assurance Maladie. Les patients tirés au sort n'étaient donc pas forcément connus du médecin en réalité, cela signifie juste qu'ils étaient venus au moins une fois au cabinet mais ils ont très bien pu ne rencontrer que les internes en stage ou être suivis longtemps auparavant mais pas récemment. Pour les deux études, la référence pour classer les consommations à risque a été le test AUDIT, associé à la CDA pour l'étude du Dr Abdoul.

Pour ce qui est du recueil de l'information dans les dossiers, le Dr Abdoul retrouvait 19% de dossiers renseignés contre 25% pour notre étude. Par contre, elle retrouvait 45% de patients correctement détectés, l'étude de Berner en retrouvait 38,6% contre 25,3% pour notre étude.

Dans les facteurs significativement liés à un meilleur remplissage des dossiers dans l'étude de 2008, on trouve des similitudes avec nos résultats : les faibles revenus et les pathologies liés au tabac améliorent ainsi le renseignement du dossier. Par contre, la durée du suivi médical et l'origine géographique semble jouer un rôle également. Ces résultats confirment encore une fois l'absence d'abord systématique de la question de la consommation d'alcool qui n'est réalisé que lorsque le médecin a un doute sur l'existence d'une consommation excessive.

Dans l'étude du Dr Abdoul comme dans la nôtre, la motivation pour le sujet alcool ou la formation reçue ne changent rien à ce comportement.

Parmi les similitudes, l'existence d'un effet médecin pour la qualité du recueil des données sans aucun effet médecin sur la bonne détection des patients à risque est une notion qui est confirmée par notre étude mais nous n'avons pas retrouvé de variable médecin explicative contrairement à l'étude du Dr Abdoul. Pour elle, la durée des consultations et l'absence de dossiers informatisés semblent être liés à un meilleur recueil. Cette variabilité et un éventuel effet médecin restent donc à expliquer par d'autres études complémentaires.

Concernant la détection des patients à risque, notre travail confirme l'existence de facteurs patient avec des médecins qui sont sensibilisés à la prévention chez des patients qu'ils jugent à haut risque, c'est-à-dire avec des co-morbidités, et selon leur niveau socio-économique.

Ces résultats sont concordants avec les résultats de l'étude de Berner et l'étude du Dr Abdoul qui constatent respectivement les associations suivantes : être une femme diminue les chances de détection comme dans notre étude et avoir beaucoup consulté dans l'année les augmentent pour Berner. Avoir des pathologies liées à l'alcool et un logement de mauvaise qualité augmente la détection pour le Dr Abdoul.

Il existe un facteur médecin qui a été significativement lié à une meilleure détection dans les deux études : il s'agit de l'âge élevé du médecin (>50 ans). Nous n'avons pas retrouvé de résultat allant dans ce sens mais si l'on prend en compte cette notion, nous aurions dû avoir un bon taux de détection dans notre étude vu la sur-représentation de cette tranche d'âge dans notre échantillon de médecins. Sauf que les critères d'inclusion des patients rendent ces études difficilement comparables, il est en effet difficile de détecter un patient qui n'a pour ainsi dire jamais été vu, ce que montrent bien les résultats de Berner.

Dans l'étude de Berner, les médecins femmes détecteraient mieux les patients. L'implication des médecins femmes dans la prévention est une tendance que notre analyse univariée a repérée pour le remplissage des dossiers sans que cela n'ait été confirmé par l'analyse multivariée.

Si les associations entre les facteurs "patient "et les pratiques de prévention ont été confirmées dans la plupart des études, nous n'avons pas trouvé d'autres études hormis celles citées ayant analysé les caractéristiques "médecin", il semblerait donc intéressant d'approfondir cette notion de lien entre facteurs médecin et pratiques de prévention.

V - CONCLUSION

La nécessité de repérer les consommateurs excessifs d'alcool afin de réduire la morbi-mortalité prématurée n'est plus à établir.

Le but de ce travail était d'analyser les déterminants de ce repérage du mésusage. Notre étude a montré que les outils existants pour ce repérage sont sous-utilisés puisque les résultats sont décevants : 25,1% de dossiers renseignés sur la consommation d'alcool et 25,3% de détection des consommateurs chroniques excessifs.

En effet, les vocations traditionnelles de la médecine ne comprennent pas la prévention et les médecins continuent, comme nos résultats l'attestent, d'avoir une approche guidée par la clinique et non systématisée.

La problématique alcool en particulier reste très imprégnée de représentations et de stéréotypes chez les médecins ou les patients.

L'évolution des pratiques ne pourra se faire que par un changement sociétal de représentations. A la fois des modifications de représentation de la prévention et de la place du médecin généraliste dans celle-ci, mais aussi des modifications de représentations de l'alcool et ses problématiques.

Ces modifications ne peuvent être que le résultat de volontés individuelles coordonnées et d'une volonté politique claire. Les médecins généralistes devraient réfléchir à leur rôle en tant qu'acteurs de santé publique, à la portée de leurs interventions et à la manière de les valoriser. Les universités, les instances de formation continue, les sociétés savantes tracent la voie en ce sens mais les modifications profondes de comportement sont toujours longues et progressives. En matière d'alcool, les pouvoirs publics et le pouvoir médiatique ont déjà entamé une sensibilisation de la population sur la notion de différence entre alcoolisme et consommation à risque mais leur position sur l'organisation du système de soin et la place qu'y tiendront les médecins généralistes dans le domaine préventif est moins claire. Pour l'instant, le médecin généraliste est défini comme un « acteur majeur » sans que les actions préventives soient réellement promues.

VI - BIBLIOGRAPHIE

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health, 2011, (page consultée le 02 novembre 2012), source<http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbg_sruprofiles.pdf>
2. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. Alcool : Conséquences, 2012, (page consultée le 02 novembre 2012), source<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/alcool/consequ.html#aff_rech>
3. Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe : a public health perspective, 2006, (page consultée le 02 novembre 2012), source<http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm>
4. De Lint J, Schmidt W. Consumption averages and alcoholism prevalence: a brief review of epidemiological investigations. Br J Addict Alcohol Other Drugs 1971 ;66:97–107.
5. Berr C, Clavel-Chapelon F, Dally S, Daval JL, Fumeron F, Girre C, et al. Alcool. Effets sur la santé. Paris : INSERM Expertise collective, 2001:358p, (page consultée le 02 novembre 2012), source< <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>>
6. Arvers P, Assailly JP, Batel P, Choquet M, Danel T, Daoust M, et al. Alcool. Dommages sociaux, abus et dépendance. Paris : INSERM Expertise collective, 2003:560p, (page consultée le 02 novembre 2012), source< <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>>
7. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT). Drogues et dépendances : données essentielles. Paris : Editions La découverte, 2005, 202p.
8. Debout C, Fauvet L. Excès de consommation d'alcool et tabac vont de pair. Regards sur... la santé des Franciliens. Insee Ile-de-France, 2007:37-39. (page consultée le 02 novembre 2012), source<http://www.insee.fr/fr/insee_regions/idf/themes/dossiers/sante/docs/sante_chap8.pdf>
9. Anderson P, Gual A, Colom J, INCa (trad.) Alcool et médecine générale - Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. Paris : INPES, 2008:141p, (page consultée le 02 novembre 2012), source< <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1146.pdf>>
10. Kopp P, Fenoglio P. Le coût des traitements et de la mise en oeuvre de la loi dans le domaine des drogues. OFDT, Mai 2006:584p, (page consultée le 02 novembre 2012), source< <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap06/epfxpkm5.html>>
11. France AgriMer. La production de vin en 2011, 2011, (page consultée le 02 novembre 2012), source<<http://www.franceagrimer.fr/filiere-vin-et-cidriculture/Vin/La-filiere-en-bref/La-production-de-vin-en-2011>>
12. Fédération des Exportateurs de Vins et Spiritueux, Claude de Jouvencel. Les exportations françaises de Vins et Spiritueux. Bilan 2010. Perspectives 2011. Conférence de presse, 14 février 2011, (page consultée le 02 novembre 2012), source<http://www.fevs.com/files/actu/20_210_1.pdf>
13. Beck F, Guignard R, Richard J.B, Tovar M.L, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. Tendances n° 76, OFDT, Juin 2011:6p.
14. Beck F., Legleye S., Spilka S., Le Nezet O. Atlas régional des consommations d'alcool 2005. Données INPES/OFDT, 2008:261p.
15. Com-Ruelle L, Dourgnon P, Jusot F, Latil E, Lengagne P. Identification et mesure des problèmes d'alcool en France. Une comparaison de deux enquêtes en population générale. IRDES, 2006;1600.

16. Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, and Sempos C.T. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction* 2003;98:1209-1228.
17. Ministère de la santé et des solidarités, Inspection générale des affaires sociales. Rapport ministériel sur la perspective d'organisation d'Etats généraux de lutte contre l'alcoolisme, Tome 1, Mai 2005:51p. (page consultée le 02 novembre 2012), source<http://www.academie-medecine.fr/UserFiles/File/rapports_thematiques/alcool/rapport_sur_la_perspective_d_organisation_d_etats_generaux_de_la_lutte_contre_l_alcoolisme_2005_tome1_annexe_tome_2.pdf>
18. La Mission Interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT). Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et toxicomanies 2008-2011, 2008:113p, (page consultée le 02 novembre 2012), source<http://www.drogues.gouv.fr/fileadmin/user_upload/site-pro/03_plan_gouv/01_plan_gouv_2008-2011/pdf/Plan_gouvernemental_2008-2011_fre.pdf>
19. Association nationale de prévention en alcoologie et en addictologie (ANPAA). Communiqué de presse du 20 janvier 2005, 2005, (page consultée le 02 novembre 2012), source<[http://internet.anpaa.asso.fr/cgi-bin/brcdisplay.exe?LG=fr&SITE=&ARBO=admin&MODULE=communiqu-presse&TEMPLATE=f_milieu_detail.html&R01=*communiqu-presse***\\$01=55](http://internet.anpaa.asso.fr/cgi-bin/brcdisplay.exe?LG=fr&SITE=&ARBO=admin&MODULE=communiqu-presse&TEMPLATE=f_milieu_detail.html&R01=*communiqu-presse***$01=55)>
20. Thun MJ, Peto R, Lopez AD, Monaco JH, Henley SJ, Heath CW Jr, Doll R. Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly U.S. adults. *N Engl J Med* 1997;337:1705-14.
21. Société Française d'Alcoologie (SFA). Recommandations pour la pratique clinique : les conduites d'alcoolisation, lecture critique des classifications et définitions. *Alcoologie et Addictologie* 2001;23:1S-76S.
22. INPES. Les hommes et l'alcool. Etude qualitative exploratoire. INPES : Sorgem 2002:115p, (page consultée le 02 novembre 2012), source<<http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/03/Etude%20alcool.pdf>>
23. Bien TH, Miller WR, Tonigan JS : Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction* 1993;88:315-35.
24. Huas D, et al. Efficacité à un an d'une intervention brève auprès de consommateurs d'alcool à problème. *Rev Prat MG* 2002;16:1343-8.
25. Moyer A, Finney J, Swearingen C, Vergun P. Brief Interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment -seeking and nontreatment seeking populations. *Addiction* 2002;97:279-292.
26. Kaner EF, Dickinson HO, Beyer FR et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007;2:CD004148.
27. Cuijpers P, Riper H, Lemmens L. The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis. *Addiction* 2004;99:839-45.
28. Huas D, Darne B, Rueff B, Lombrail P, Leblanc B. Malades alcooliques et consultations de médecine générale : prévalence et détection. *La Revue du Praticien - Médecine générale* 1990;81:45-49.
29. Gache P, Michaud P, Landry U, Accietto C, Arfaoui S, Wenger O, Daeppen JB. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version. *Alcohol Clin Exp Res* 2005;29:2001-7.

30. Gual A, Segura L, Contel M, Heather N, Colom J. Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol & Alcoholism* 2002;37:591-6.
31. Arfaoui S, Dewost AV, Demortiere G, Abesdris J, Abramovici F, Michaud P. Repérage précoce du riqe alcool : savoir faire « FACE ». *La Revue du Praticien - Médecine Générale* 2004;18:201-205.
32. Arvers Ph , Batel Ph, et al. INSERM. Expertise collective Alcool. Dommages sociaux. Abus et dépendance. Paris, Inserm éd., 2003:536p.
33. Haute Autorité de Santé (HAS). 2^{ème} Conférence de consensus : Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage. 7 et 8 Mars 2001, Cité des Sciences et de l'Industrie, Paris, 34p.
34. Canouï-Poitrine F, Mouquet M-C. Le risque d'alcoolisation excessive : des écarts entre les déclarations des patients et l'avis des médecins. *Etudes et Résultats de la Drees* 2005;405:4p.
35. Michaud P, Fouilland P, Gremy I, Klein P. Alcool, tabac, drogue : le public fait confiance aux médecins. *La Revue du Praticien Médecine Générale* 2003 ;17:605-8.
36. Enquête IPSOS. Le DMP et les médecins. Paris, Ipsos Santé éd., 2007:27p.
37. Shea S, DuMouchel W, Bahamonde L. A meta-analysis of 16 randomized controlled trials to evaluate computer-based clinical reminder systems for preventive care in the ambulatory setting. *J Am Med Inform Assoc* 1996;3:399-409
38. Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM) . La Tenue du Dossier Médical en Médecine Générale : Etat des Lieux et Recommandations. 1996:80p, (page consultée le 02 novembre 2012), source<<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Dm.pdf>>
39. Zegers M, de Bruijne M.C, Spreeuwenberg P, Wagner C, Groenewegen P.P, van der Wal G. Quality of patient record keeping: an indicator of the quality of care? *BMJ Qual Saf* 2011;20:314-8.
40. Holroyd-Leduc JM, Lorenzetti D, Straus SE, Sykes L. The impact of the electronic medical record on structure, process, and outcomes within primary care: a systematic review of the evidence. *J Am Med Inform Assoc* 2011;18:732-7.
41. Garg AX, Adhikari NK, McDonald H, Rosas-Arellano MP, Devereaux PJ, Beyene J, et al. Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes: a systematic review. *Jama* 2005;293:1223–1238
42. Danet S, Haury B, Fourcade A. L'état de santé de la population en France en 2008 : suivi des objectifs de la loi de santé publique. *Etudes et résultats de la Drees* 2009;711:8p.
43. Mant J, Murphy M, Rose P, Vessey M. The accuracy of general practitioner records of smoking and alcohol use : comparison with patient questionnaires. *J Public Health Med* 2000;22:198-201.
44. Rasquin J.M. « Les maîtres de stage constituent-ils une cible privilégiée pour l'évaluation des pratiques professionnelles en médecine générale ? Une enquête au Grand-Duché du Luxembourg ». Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, 2003 :111p, (page consultée le 02 novembre 2012), source<<http://www.scd.uhp-nancy.fr/docnum/SCDMED T 2003 RASQUIN JEAN MARC.pdf>>
45. Bohr F. « Contribution à l'amélioration au repérage précoce des addictions et à l'intervention brève. Résultats de deux tours d'un audit médical auprès de médecins généralistes lorrains ». Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, 2011:131p, (page consultée le 02 novembre 2012), source< <http://www.scd.uhp-nancy.fr/docnum/SCDMED T 2011 BOHR STUMPF FANNY.pdf>>

46. Pouchain D, Huas D, Druais P-L, Wolf B. Implication des médecins généralistes dans la prévention. *La Revue du Praticien Médecine Générale* 1998;12:31-37.
47. Beck F, Guignard R, Richard J.B, Wilquin J.L. Augmentation récente du tabagisme en France : principaux résultats du Baromètre santé, France, 2010. *BEH* 2011;20:230-233.
48. INSEE. Enquêtes Emploi 1er au 4e trimestre 2010. Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle en 2010, (page consultée le 02 novembre 2012), source <
http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF02135>
49. Com-Ruelle L, Dourgnon P, Jusot F, Lengagne P. Prévalence et facteurs socio-économique associés aux problèmes d'alcool en population générale en France. Paris, IRDES, 2008 ;1703 :98p.
50. D'Amico E.J, Paddock S.M, Burnam A, Kung F.K. Identification and Guidance for Problem Drinking by General Medical Providers. *Medical Care* 2005;43:229–236.
51. Droomers M, Schrijvers C.T.M, Mackenbach J.P. Educational Differences in Starting Excessive Alcohol Consumption: Explanations From the Longitudinal GLOBE Study. *Social Science and Medicine* 2004;58:2023-33.
52. Mouquet M-C, Villet H, Badéyan G, Trugeon A, Fontaine D. Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné. *Etudes et Résultats de la Drees* 2002;192.
53. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 1990;264:2511-2518.
54. Swendsen J, Conway K.P, Degenhardt L, Glantz M, Jin R, Merikangas K.R, Sampson N, Kessler R.C. Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: Results from the 10-year follow-up of the National Comorbidity Survey. *Addiction* 2010;105:1117-1128
55. Ampt A.J, Amoroso C, Harris M.F, McKenzie S.H, Rose V.K, Taggart J.R. Attitudes, norms and controls influencing lifestyle risk factor management in general practice. *BMC Fam Pract* 2009;10:59.
56. Stead M, Angus K, Holme I, Cohen D, Tait G, et al. Factors influencing European GPs' engagement in smoking cessation: a multi-country literature review. *Br J Gen Pract* 2009;59:682–690.
57. Drobles D.J. Concurrent alcohol and tobacco dependence. Mechanisms and Treatment. *Alcohol Research and Health* 2002;26:136-142.
58. Bouix J.C, Gache P, Rueff B, Huas D. Parler d'alcool reste un sujet tabou. *La Revue du Praticien Médecine générale* 2002;16:1488-1492.
59. Puddey I.B, Beilin L.J. Alcohol is bad for blood pressure. *Clin Exp Pharmacol Physiol* 2006;33:847-52.
60. Leuenberger V, Gache P, Sutter K, Rieder Nakhlé A. High blood pressure and alcohol consumption. *Rev Med Suisse* 2006;2:2041-2, 2044-6.
61. Wilson G.B, Lock C.A, Heather N, Cassidy P, Christie M.M, Kaner E.F.S. Intervention against Excessive Alcohol Consumption in Primary Health Care: A Survey of GPs' Attitudes and Practices in England 10 Years On. *Alcohol* 2011;46:570–577.
62. Berner M.M, Harter M, Kriston L, Lohmann M, Ruf D, Lorenz G, Mundle G. Detection and management of alcohol use disorders in German primary care influenced by non-clinical factors. *Alcohol* 2007;42:308-16.

63. Buchsbaum D.G, Buchanan R.G, Poses R.M, Schnoll S.H, Lawton M.J. Physician detection of drinking problems in patients attending a general medicine practice. *J Gen Intern Med* 1992;7:517–21.
64. Saitz R. Alcohol screening and brief intervention in primary care: Absence of evidence for efficacy in people with dependence or very heavy drinking. *Drug Alcohol Rev* 2010;29:631-40.
65. Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. Rapport d'activité 2011. 2012 :167p, (page consultée le 02 novembre 2012),
source<<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000266/0000.pdf>>
66. Kahan M. Identifying and managing problem drinkers. *Can Fam Physician* 1996;42:661-671.
67. Kaner E, Heather N, McAvoy B, Lock C, Gilvarry E. Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: attitudes and practices of English general practitioners. *Alcohol Alcohol* 1999;34:559-66.
68. Conseil national de l'Ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2008. 2008 :150p, (page consultée le 02 novembre 2012), source< <http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/atlas-national-873>>
69. Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. *Etudes et Résultats de la Drees* 2006;481:7p.
70. Abdoul H. « Facteurs liés à la prévention du tabagisme et de l'alcoolisme dans les cabinets de médecine générale franciliens ». Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, 2008:114p, (page consultée le 02 novembre 2012), source< <http://www2.biusante.parisdescartes.fr/theses/index.las>>

VII - ANNEXES

Annexe 1 : La notion de « verre standard »

Le « verre standard » représente une dose d'alcool de 10 grammes d'alcool pur. Cela correspond aux quantités d'alcool servies dans les lieux de consommation publiques :



Annexe 2 : Questionnaire DETA

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de **diminuer** votre consommation d'alcool ?
2. Votre **entourage** vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez **trop** ?
4. Avez-vous déjà eu besoin d'**alcool** le matin pour vous sentir en forme ?

Il y a un mésusage si le score est ≥ 2

Annexe 3 : Questionnaire AUDIT

1. Combien de boissons contenant de l'alcool consommez-vous ?

- Jamais (0)
- 1 fois par mois ou moins (1)
- 2 à 4 fois par mois (2)
- 2 à 3 fois par semaine (3)
- 4 fois ou plus par semaine (4)

2. Combien de verre contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?

- 1 ou 2 (0)
- 3 ou 4 (1)
- 5 ou 6 (2)
- 7 ou 9 (3)
- 10 ou plus (4)

3. Combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres d'alcool ou plus lors d'une même occasion ?

- Jamais (0)
- Moins d'1 fois par mois (1)
- 1 fois par mois (2)
- 1 fois par semaine (3)
- Chaque jour ou presque (4)

4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable d'arrêter de boire après avoir commencé ?

- Jamais (0)
- Moins d'1 fois par mois (1)
- 1 fois par mois (2)
- 1 fois par semaine (3)
- Chaque jour ou presque (4)

5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?

- Jamais (0)
- Moins d'1 fois par mois (1)
- 1 fois par mois (2)
- 1 fois par semaine (3)
- Chaque jour ou presque (4)

6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous dû boire un verre d'alcool dès le matin pour vous remettre d'une soirée bien arrosée ?

- Jamais (0)
- Moins d'1 fois par mois (1)
- 1 fois par mois (2)
- 1 fois par semaine (3)
- Chaque jour ou presque (4)

7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?

- Jamais (0)
- Moins d'1 fois par mois (1)
- 1 fois par mois (2)
- 1 fois par semaine (3)
- Chaque jour ou presque (4)

8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir ce qui s'était passé la veille parce que vous aviez trop bu ?

- Jamais (0)
- Moins d'1 fois par mois (1)
- 1 fois par mois (2)
- 1 fois par semaine (3)
- Chaque jour ou presque (4)

9. Vous êtes-vous blessé(e) ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?

- Non (0)
- Oui, mais pas dans les 12 derniers mois (2)
- Oui, au cours des 12 derniers mois (4)

10. Est-ce qu'un proche, un médecin ou un autre professionnel de la santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?

- Non (0)
- Oui, mais pas dans les 12 derniers mois (2)
- Oui, au cours des 12 derniers mois (4)

Interprétation du score

- Moins de 6 pour une femme ou moins de 7 pour un homme : consommation sans risque.
- Entre 6 et 12 pour une femme ou 7 et 12 pour un homme : consommation à risque ou nocive.
- Au-delà de 13, pour une femme ou un homme : risque d'alcool-dépendance.

Annexe 4 : Questionnaire FACE

Au cours des douze derniers mois :

1. A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

- Jamais » (0)
- Une fois par mois ou moins (1)
- 2 à 4 fois par mois (2)
- 2 à 3 fois par semaine (3)
- 4 fois ou plus par semaine (4)

2. Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

- Un ou deux » (0)
- Trois ou quatre (1)
- Cinq ou six (2)
- Sept à neuf (3)
- Dix ou plus (4)

Au cours de toute votre vie...

3. Votre entourage vous a-t-il fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?

- Non (0)
- Oui (4)

4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

- Non (0)
- Oui (4)

5. Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?

- Non (0)
- Oui (4)

Hommes

- score inférieur à 5 : risque faible ou nul
- scores 5 à 8 : consommation excessive
- score supérieur à 8 : dépendance

Femmes

- score inférieur à 4 : risque faible ou nul
- scores 4 à 8 : consommation excessive

score supérieur à 8 : dépendance

Annexe 5 : Tableaux des résultats

Tableau 1 : Tableau descriptif de la population des maîtres de stage			
Variable	Modalités	n (valeurs manquantes)	n (%)
Vague	1ère	52 (0)	32 (61,5)
	2ème		20 (38,5)
Sexe	Femme	52 (0)	19 (36,5)
	Homme		33 (63,5)
Âge	< 50	52 (0)	12 (23,1)
	50 – 55		12 (23,1)
	55 – 60		17 (32,7)
	> 60		11 (21,2)
Ancienneté d'exercice	< 20	52 (0)	14 (26,9)
	20 – 30		23 (44,2)
	> 30		15 (28,8)
Enseignant	Non	52 (0)	20 (38,5)
	Oui		32 (61,5)
Responsable FMC	Non	52 (0)	38 (73,1)
	Oui		14 (26,9)
FMC HTA	Non	52 (0)	19 (36,5)
	Oui		33 (63,5)
FMC tabac	Non	52 (0)	29 (55,8)
	Oui		23 (44,2)
FMC alcool	Non	52 (0)	29 (55,8)
	Oui		23 (44,2)
Enquête HTA	Non	52 (0)	39 (75,0)
	Oui		13 (25,0)
Enquête Tabac	Non	52 (0)	45 (86,5)
	Oui		7 (13,5)
Enquête Alcool	Non	52 (0)	42 (80,8)
	Oui		10 (19,2)
Cabinet de groupe	Non	52 (0)	15 (28,8)
	Oui		37 (71,2)
Participe à un groupe qualité, groupe de pairs, groupe EPP	Non	52 (0)	19 (36,5)

	Oui		33 (63,5)
Intérêt/compétence spécifique en HTA*	Non	52 (0)	35 (67,3)
	Perso.		15 (28,8)
	Assoc.		2 (3,8)
Intérêt/compétence spécifique en tabacologie	Non	52 (0)	34 (65,4)
	Perso.		12 (23,1)
	Assoc.		6 (11,5)
Intérêt/compétence spécifique en alcoologie	Non	52 (0)	37 (71,2)
	Perso.		12 (23,1)
	Assoc.		3 (5,8)
Pratiquent le FCV	Non	52 (0)	17 (32,7)
	Oui		35 (67,3)
Secteur	1	52 (0)	33 (63,5)
	2		19 (36,5)
Consultation sur RDV	Oui	52 (0)	52 (100,0)
Pourcentage de RDV	< 70	52 (0)	11 (21,2)
	> 70		41 (78,8)
Fréquence des RDV	15	52 (0)	13 (25,0)
	20		27 (30,8)
	30		12 (23,1)
Durée des consultations	< 20	52 (0)	7 (13,5)
	20		28 (53,8)
	> 20		17 (32,7)
Consultations hebdomadaires	< 80	52 (0)	15 (28,8)
	80 – 100		23 (44,2)
	> 100		14 (26,9)
Activité régulière différente du cabinet	Non	52 (0)	22 (86,5)
	Oui		30 (13,5)
Informatisation	Non	52 (0)	6 (11,5)
	Oui		46 (88,5)
Rappel automatique	Non	52 (0)	37 (71,2)
	Oui		15 (28,8)
Tabac	Non	52 (0)	45 (86,5)
	Oui		7 (13,5)

Médecin suivi pour HTA	Non	51 (1)	45 (88,2)
	Oui		6 (11,8)
A quel point le médecin se sent-il efficace pour traiter l'HTA ?	peu	52 (0)	1 (1,9)
	assez		47 (90,4)
	tres		4 (7,7)
A quel point le médecin se sent-il efficace pour aider un fumeur?	peu	52 (0)	22 (43,1)
	assez		28 (54,9)
	tres		1 (2,0)
A quel point le médecin se sent-il efficace pour un Pb d'OH ?	peu	52 (0)	2 (3,9)
	assez		33 (64,7)
	tres		16 (31,4)
Lieu de travail	Paris	52 (0)	36 (69,2)
	Banlieue		16 (30,8)
*Intérêt ou compétence du médecin ou d'un de ses associés s'il exerce en groupe			

Tableau 2 : Description de la population du renseignement "consommation alcool" des femmes			
Variable	Modalités	N (miss)	n (%)
Sexe	F	1796 (0)	1796 (100,0)
Age	[40-50[	1796 (0)	702 (39,1)
	[50-60[		559 (31,1)
	[60-75[		535 (29,8)
Couple	Non	1324 (472)	516 (39,0)
	Oui		808 (61,0)
Enfants	Non	1327 (469)	335 (25,2)
	Oui		992 (74,8)
Alcool (à risque aigu + chronique)*3	Non	1594 (202)	1259 (79,0)
	Oui		335 (21,0)
Alcool (à risque chronique)*3	Non	1202 (594)	1096 (91,2)
	Oui		106 (8,8)
Fumeurs	Non	1333 (463)	1002 (75,2)
	Oui		331 (24,8)
Conseils Exercice physique	Non	1796 (0)	882 (49,1)
	Oui		914 (50,9)
Conseils diététiques	Non	1796 (0)	842 (46,9)
	Oui		954 (53,1)
Français comme langue maternelle	Non	1319 (477)	249 (18,9)
	Oui		1070 (81,1)
Situation financière*1	1	1309 (487)	74 (5,7)
	2		408 (31,2)
	3		673 (51,4)
	4		154 (11,8)
RMI	Non	1340 (456)	1320 (98,5)
	Oui		20 (1,5)
Mutuelle	Non	1589 (207)	153 (9,6)
	Oui		1436 (90,4)
CMU	Non	1796 (0)	1697 (94,5)
	Oui		99 (5,5)
Propriétaire	Non	1267 (529)	663 (52,3)

	Oui		604 (47,7)
Prévention secondaire	Non	1792 (4)	1714 (95,6)
	Oui		78 (4,4)
Affection longue durée	Non	1796 (0)	1452 (80,8)
	Oui		344 (19,2)
HTA	Non	1796 (0)	1421 (79,1)
	Oui		375 (20,9)
Cholesterol	Non	1796 (0)	1519 (84,6)
	Oui		277 (15,4)
Antécédents familiaux	Non	1796 (0)	1706 (95,0)
	Oui		90 (5,0)
IMC	≤ 18,5	1465 (331)	71 (4,8)
	]18,5-25]		864 (59,0)
	]25-30]		335 (22,9)
	≥ 30		195 (13,3)
Problème psychiatrique	Non	1796 (0)	1660 (92,4)
	Oui		136 (7,6)
Handicap	Non	1796 (0)	1767 (98,4)
	Oui		29 (1,6)
Maladie grave	Non	1796 (0)	1713 (95,4)
	Oui		83 (4,6)
Ancienneté du suivi	Moins d'1 an	1760 (36)	121 (6,9)
	1 à 3 ans		578 (32,8)
	Plus de 3 ans		1061 (60,3)
Nombre de C depuis 1 an	0	1776 (20)	284 (16,0)
	1		251 (14,1)
	2		253 (14,2)
	plus de 2		988 (55,6)
Nombre de C depuis 1 an	< 3	1776 (20)	1104 (62,2)
	≥3		672 (37,8)
Suivi à domicile	Non	1340 (456)	1286 (96,0)
	Oui		54 (4,0)
PCS*2	1	1581 (215)	1 (0,1)
	2		50 (3,2)

	3		593 (37,5)
	4		399 (25,2)
	5		485 (30,7)
	6		53 (3,4)
PCS 3 à 6	3	1530 (266)	593 (38,8)
	4		399 (26,1)
	5		485 (31,7)
	6		53 (3,5)
Etude3P	1	1314 (482)	190 (14,5)
	2		424 (32,3)
	3		700 (53,3)
Renoncement aux soins	Non	1340 (456)	1071 (79,9)
	Oui		269 (20,1)
Paie impôt / revenu	Non	1221 (575)	237 (19,4)
	Oui		984 (80,6)
Réseau social*4	1	1269 (527)	174 (13,7)
	2		535 (42,2)
	3		443 (34,9)
	4		117 (9,2)

Tableau 3 : Description du renseignement "consommation alcool" des hommes			
Variable	Modalités	N (miss)	n (%)
Sexe	H	1804 (0)	1804 (100,0)
Age	[40-50[	1804 (0)	694 (38,5)
	[50-60[		554 (30,7)
	[60-75[		556 (30,8)
Couple	Non	1231 (573)	312 (25,3)
	Oui		919 (74,7)
Enfants	Non	1227 (577)	329 (26,8)
	Oui		898 (73,2)
Alcool (à risque aigu + chronique)*3	Non	1635 (169)	1014 (62,0)
	Oui		621 (38,0)
Alcool (à risque chronique)*3	Non	1166 (638)	971 (83,3)
	Oui		195 (16,7)
Fumeurs	Non	1258 (546)	874 (69,5)
	Oui		384 (30,5)
Conseils Exercice physique	Non	1804 (0)	745 (41,3)
	Oui		1059 (58,7)
Conseils diététiques	Non	1804 (0)	714 (39,6)
	Oui		1090 (60,4)
Français comme langue maternelle	Non	1233 (571)	253 (20,5)
	Oui		980 (79,5)
Situation financière*1	1	1219 (585)	51 (4,2)
	2		372 (30,5)
	3		613 (50,3)
	4		183 (15,0)
RMI	Non	1259 (545)	1225 (97,3)
	Oui		34 (2,7)
Mutuelle	Non	1570 (234)	243 (15,5)
	Oui		1327 (84,5)
CMU	Non	1804 (0)	1660 (92,0)
	Oui		144 (8,0)
Propriétaire	Non	1176 (628)	627 (53,3)

	Oui		549 (46,7)
Prévention secondaire	Non	1797 (7)	1610 (89,6)
	Oui		187 (10,4)
Affection longue durée	Non	1804 (0)	1348 (74,7)
	Oui		456 (25,3)
HTA	Non	1804 (0)	1317 (73,0)
	Oui		487 (27,0)
Cholesterol	Non	1804 (0)	1392 (77,2)
	Oui		412 (22,8)
Antécédents familiaux	Non	1803 (1)	1724 (95,6)
	Oui		79 (4,4)
IMC	≤ 18,5	1409 (395)	16 (1,1)
	]18,5-25]		625 (44,4)
	]25-30]		582 (41,3)
	≥ 30		186 (13,2)
Problème psychiatrique	Non	1804 (0)	1684 (93,3)
	Oui		120 (6,7)
Handicap	Non	1804 (0)	1777 (98,5)
	Oui		27 (1,5)
Maladie grave	Non	1804 (0)	1702 (94,3)
	Oui		102 (5,7)
Ancienneté du suivi	Moins d'1 an	1763 (41)	130 (7,4)
	1 à 3 ans		641 (36,4)
	Plus de 3 ans		992 (56,3)
Nombre de C depuis 1 an	0	1774 (30)	349 (19,7)
	1		260 (14,7)
	2		289 (16,3)
	plus de 2		876 (49,4)
Nombre de C depuis 1 an	< 3	1774 (30)	1180 (66,5)
	≥ 3		594 (33,5)
Suivi à domicile	Non	1259 (545)	1199 (95,2)
	Oui		60 (4,8)
PCS*2	1	1618 (186)	1 (0,1)
	2		96 (5,9)

	3		764 (47,2)
	4		297 (18,4)
	5		194 (12,0)
	6		266 (16,4)
PCS 3 à 6	3	1521 (283)	764 (50,2)
	4		297 (19,5)
	5		194 (12,8)
	6		266 (17,5)
Etude3P	1	1235 (569)	164 (13,3)
	2		384 (31,1)
	3		687 (55,6)
Renoncement aux soins	Non	1259 (545)	1066 (84,7)
	Oui		193 (15,3)
Paie impôt / revenu	Non	1106 (698)	201 (18,2)
	Oui		905 (81,8)
Réseau social*4	1	1187 (617)	129 (10,9)
	2		450 (37,9)
	3		475 (40,0)
	4		133 (11,2)

Tableau 4 : Description du renseignement "consommation alcool" des hommes et des femmes			
Variable	Modalités	N (miss)	n (%)
Dossier renseigné	Non	3600 (0)	2696 (74,9)
	Oui		904 (25,1)
Sexe	F	3600 (0)	1796 (49,9)
	H		1804 (50,1)
Age	[40-50[	3600 (0)	1396 (38,8)
	[50-60[		1113 (30,9)
	[60-75[		1091 (30,3)
Couple	Non	2555 (1045)	828 (32,4)
	Oui		1727 (67,6)
Enfants	Non	2554 (1046)	664 (26,0)
	Oui		1890 (74,0)
Alcool (à risque aigu + chronique)*3	Non	3229 (371)	2273 (70,4)
	Oui		956 (29,6)
Alcool (à risque chronique) *3	Non	2368 (1232)	2067 (87,3)
	Oui		301 (12,7)
Fumeurs	Non	2591 (1009)	1876 (72,4)
	Oui		715 (27,6)
Conseils Exercice physique	Non	3600 (0)	1627 (45,2)
	Oui		1973 (54,8)
Conseils diététiques	Non	3600 (0)	1556 (43,2)
	Oui		2044 (56,8)
Français comme langue maternelle	Non	2552 (1048)	502 (19,7)
	Oui		2050 (80,3)
Situation financière*1	1	2528 (1072)	125 (4,9)
	2		780 (30,9)
	3		1286 (50,9)
	4		337 (13,3)
RMI	Non	2599 (1001)	2545 (97,9)
	Oui		54 (2,1)
Mutuelle	Non	3159 (441)	396 (12,5)
	Oui		2763 (87,5)

CMU	Non	3600 (0)	3357 (93,3)
	Oui		243 (6,8)
Propriétaire	Non	2443 (1157)	1290 (52,8)
	Oui		1153 (47,2)
Prévention secondaire	Non	3589 (11)	3324 (92,6)
	Oui		265 (7,4)
Affection longue durée	Non	3600 (0)	2800 (77,8)
	Oui		800 (22,2)
HTA	Non	3600 (0)	2738 (76,1)
	Oui		862 (23,9)
Cholesterol	Non	3600 (0)	2911 (80,9)
	Oui		689 (19,1)
Antécédents familiaux	Non	3599 (1)	3430 (95,3)
	Oui		169 (4,7)
IMC	≤ 18,5	2874 (726)	87 (3,0)
	]18,5-25]		1489 (51,8)
	]25-30]		917 (31,9)
	≥ 30		381 (13,3)
Problème psychiatrique	Non	3600 (0)	3344 (92,9)
	Oui		256 (7,1)
Handicap	Non	3600 (0)	3544 (98,4)
	Oui		56 (1,6)
Maladie grave	Non	3600 (0)	3415 (94,9)
	Oui		185 (5,1)
Ancienneté du suivi	Moins d'1 an	3523 (77)	251 (7,1)
	1 à 3 ans		1219 (34,6)
	Plus de 3 ans		2053 (58,3)
Nombre de C depuis 1 an	0	3550 (50)	633 (17,8)
	1		511 (14,4)
	2		542 (15,3)
	plus de 2		1864 (52,5)
Nombre de C depuis 1 an	< 3	3550 (50)	2284 (64,3)
	≥ 3		1266 (35,7)

Suivi à domicile	Non	2599 (1001)	2485 (95,6)
	Oui		114 (4,4)
PCS*2	1	3199 (401)	2 (0,1)
	2		146 (4,6)
	3		1357 (42,4)
	4		696 (21,8)
	5		679 (21,2)
	6		319 (10,0)
PCS 3 à 6	3	3051 (549)	1357 (44,5)
	4		696 (22,8)
	5		679 (22,3)
	6		319 (10,5)
Etude3P	1	2549 (1051)	354 (13,9)
	2		808 (31,7)
	3		1387 (54,4)
Renoncement aux soins	Non	2599 (1001)	2137 (82,2)
	Oui		462 (17,8)
Paie impôt / revenu	Non	2327 (1273)	438 (18,8)
	Oui		1889 (81,2)
Réseau social*4	1	2456 (1144)	303 (12,3)
	2		985 (40,1)
	3		918 (37,4)
	4		250 (10,2)

Tableau 5 : Analyses univariées du renseignement "consommation alcool" en fonction des variables patientes femmes					
Variable	Modalités	n	0	1	p
Age	[40-50[702	81,62	18,38	NS
	[50-60[	559	79,61	20,39
	[60-75[	535	82,24	17,76
Couple	Non	516	80,81	19,19	NS
	Oui	808	82,55	17,45	
Enfants	Non	335	80,3	19,7	NS
	Oui	992	82,36	17,64	
Fumeurs	Non	1223	81,77	18,23	0,0002
	Oui	423	75,18	24,82	
Conseils Exercice physique	Non	637	82,89	17,11	NS
	Oui	703	80,94	19,06	
Conseils diététiques	Non	1161	82,17	17,83	NS
	Oui	146	77,4	22,6	
Français comme langue maternelle	Non	249	86,75	13,25	NS
	Oui	1070	80,47	19,53	
Situation financière.	1	74	86,49	13,51	NS
	2	408	85,78	14,22	
	3	673	79,05	20,95	
	4	154	82,47	17,53	
RMI	Non	1320	81,82	18,18	NS
	Oui	20	85	15	
Mutuelle	Non	153	86,27	13,73	NS
	Oui	1436	81,2	18,8	
CMU	Non	1697	81,14	18,86	NS
	Oui	99	81,82	18,18	
Quartier résidentiel	Non	311	83,6	16,4	NS
	Oui	845	80,47	19,53	
Prévention secondaire	Non	1714	81,16	18,84	NS
	Oui	78	80,77	19,23	
Affection longue durée	Non	1452	81,47	18,53	NS
	Oui	344	79,94	20,06	

HTA	Non	1421	81,77	18,23	NS
	Oui	375	78,93	21,07	
Cholesterol	Non	1519	81,57	18,43	NS
	Oui	277	79,06	20,94	
Antécédents familiaux	Non	1706	81,48	18,52	NS
	Oui	90	75,56	24,44	
IMC	≤ 18,5	71	80,28	19,72	NS
	]18,5-25]	864	80,56	19,44
	]25-30]	335	80	20
	≥ 30	195	77,44	22,56	
Problème psychiatrique	Non	1660	81,87	18,13	0,0025
	Oui	136	72,79	27,21	
Handicap	Non	1767	81,32	18,68	NS
	Oui	29	72,41	27,59	
Maladie grave	Non	1713	81,26	18,74	NS
	Oui	83	79,52	20,48	
Ancienneté du suivi	Moins d'1 an	121	80,17	19,83	NS
	1 à 3 ans	578	79,07	20,93	
	Plus de 3 ans	1061	82,28	17,72	
Nombre de C depuis 1 an	0	284	81,34	18,66	NS
	1	251	79,68	20,32	
	2	253	83,79	16,21	
	plus de 2	988	80,77	19,23	
Suivi à domicile	Non	1286	82,04	17,96	NS
	Oui	54	77,78	22,22	
PCS*2	1	1	100,00	0,00	NS
	2	50	80	20	
	3	593	80,78	19,22	
	4	399	78,45	21,55	
	5	485	82,89	17,11	
	6	53	79,25	20,75	
PCS 3 à 6	3	593	80,78	19,22	NS
	4	399	78,45	21,55	
	5	485	82,89	17,11	
	6	53	79,25	20,75	

Etude3P	1	190	87,89	12,11	NS
	2	424	79,72	20,28	
	3	700	81,86	18,14	
Situation financière perçue *1	1	74	86,49	13,51	NS
	2	408	85,78	14,22	
	3	673	79,05	20,95	
	4	154	82,47	17,53	
Renoncement aux soins	Non	1071	81,61	18,39	NS
	Oui	269	82,9	17,1	
Paie impôt / revenu	Non	237	83,97	16,03	NS
	Oui	984	81,71	18,29	
Réseau social*4	1	174	79,31	20,69	NS
	2	535	82,8	17,2	
	3	443	81,49	18,51	
	4	117	82,91	17,09	

Tableau 6 : Analyses univariées du renseignement "consommation alcool" en fonction des variables patients hommes					
Variable	Modalités	n	0	1	p
Age	[40-50[694	69,74	30,26	NS
	[50-60[	554	65,52	34,48
	[60-75[	556	70,32	29,68
Couple	Non	312	61,54	38,46	0,0074
	Oui	919	71,16	28,84	
Enfants	Non	329	65,35	34,65	NS
	Oui	898	69,6	30,4	
Fumeurs	Non	1132	70,05	29,95	<0,0001
	Oui	514	59,34	40,66	
Français comme langue maternelle	Non	253	73,91	26,09	NS
	Oui	980	67,14	32,86	
Situation financière.*1	1	51	47,06	52,94	<0,0009
	2	372	65,32	34,68	
	3	613	69,49	30,51	
	4	183	77,05	22,95	
RMI	Non	1225	68,98	31,02	0,014
	Oui	34	50	50	
Mutuelle	Non	243	66,26	33,74	NS
	Oui	1327	68,65	31,35	
CMU	Non	1660	69,34	30,66	NS
	Oui	144	60,42	39,58	
Quartier résidentiel	Non	172	65,7	34,3	NS
	Oui	788	67,89	32,11	
Prévention secondaire	Non	1610	69,01	30,99	NS
	Oui	187	64,71	35,29	
Affection longue durée	Non	1348	69,29	30,71	NS
	Oui	456	66,67	33,33	
HTA	Non	1317	69,7	30,3	NS
	Oui	487	65,71	34,29	
Cholesterol	Non	1392	69,76	30,24	0,0477
	Oui	412	64,81	35,19	

Antécédents familiaux	Non	1724	68,74	31,26	NS
	Oui	79	65,82	34,18	
IMC	< 18,5	16	56,25	43,75	NS
	]18,5-25]	625	66,72	33,28
	]25-30]	582	69,07	30,93
	> 30	186	60,22	39,78	
Problème psychiatrique	Non	1684	68,94	31,06	NS
	Oui	120	64,17	35,83	
Handicap	Non	1777	68,54	31,46	NS
	Oui	27	74,07	25,93	
Maladie grave	Non	1702	68,92	31,08	NS
	Oui	102	63,73	36,27	
Ancienneté du suivi	Moins d'1 an	130	59,23	40,77	0,002
	1 à 3 ans	641	64,27	35,73	
	Plus de 3 ans	992	72,18	27,82	
Nombre de C depuis 1 an	0	349	75,93	24,07	NS
	1	260	69,62	30,38	
	2	289	73,01	26,99	
	plus de 2	876	63,47	36,53	
Suivi à domicile	Non	1199	68,56	31,44	NS
	Oui	60	66,67	33,33	
PCS	1	1	100,00	0,00	NS
	2	96	62,5	37,5	
	3	764	70,94	29,06	
	4	297	63,97	36,03	
	5	194	66,49	33,51	
	6	266	66,92	33,08	
PCS 3 à 6	3	764	70,94	29,06	NS
	4	297	63,97	36,03	
	5	194	66,49	33,51	
	6	266	66,92	33,08	
Etude3P	1	164	67,68	32,32	NS
	2	384	64,32	35,68	
	3	687	70,45	29,55	
Situation financière perçue *1	1	51	47,06	52,94	NS
	2	372	65,32	34,68	
	3	613	69,49	30,51	

	4	183	77,05	22,95	
Renoncement aux soins	Non	1066	68,48	31,52	NS
	Oui	193	68,39	31,61	
Paie impôt / revenu	Non	201	65,67	34,33	NS
	Oui	905	69,28	30,72	
Réseau social*4	1	129	59,69	40,31	0,0289
	2	450	66,89	33,11	
	3	475	70,95	29,05	
	4	133	75,94	24,06	

Tableau 7 : Analyses univariées du renseignement "consommation alcool" chez les femmes en fonctions des variables médecins					
Variable	Modalités	n	0	1	p
Vague	1ère	1106	78,4	21,6	NS
	2ème	690	85,7	14,4	
Sexe	Femme	1132	84,3	15,7	0,07
	Homme	664	75,9	24,1	
Âge	< 50	410	78,8	21,2	NS
	50 – 55	423	82	18	
	55 – 60	587	80,9	19,1	
	> 60	376	83,2	16,8	
Ancienneté d'exercice	< 20	481	80,5	19,5	NS
	20 – 30	799	78,6	21,4	
	> 30	516	85,9	14,2	
Enseignant	Non	691	84,7	15,3	NS
	Oui	1105	79	21	
FMC HTA	Non	666	85,1	14,9	NS
	Oui	1130	78,9	21,2	
FMC tabac	Non	1009	81,5	18,5	NS
	Oui	787	80,8	19,2	
FMC alcool	Non	1008	81,4	18,7	NS
	Oui	788	81	19	
Enquête HTA	Non	1351	80,7	19,3	NS
	Oui	445	82,7	17,3	
Enquête Tabac	Non	1549	81,5	18,5	NS
	Oui	247	79,4	20,7	
Enquête Alcool	Non	1458	80,9	19,1	NS
	Oui	338	82,5	17,5	
Cabinet de groupe	Non	509	81,7	18,3	NS
	Oui	1287	81	19	
Participe à un groupe qualité, groupe de pairs, groupe EPP	Non	663	84,8	15,2	NS
	Oui	1133	79,1	20,9	
Intérêt/compétence spécifique en HTA	Non	1222	77,9	22,1	NS
	Perso.	504	91,1	8,93	

	Assoc.	70	67,1	32,9	
Intérêt/compétence spécifique en tabacologie	Non	1181	78	22	NS
	Perso.	406	87,4	12,6	
	Assoc.	209	87,1	12,9	
Compétence personnelle HTA	Non	1292	77,3	22,7	NS
	Oui	504	91,1	8,93	
Compétence personnelle Tabac	Non	1390	79,3	20,7	NS
	Oui	406	87,4	12,6	
Intérêt/compétence spécifique en alcoologie	Non	1280	81,5	18,5	NS
	Perso.	411	78,6	21,4	
	Assoc.	105	87,6	12,4	
Pratiquent le FCV	Non	585	86,8	13,2	NS
	Oui	1211	78,5	21,6	
Durée des consultations	< 20	242	79,7	20,3	NS
	20	967	78,7	21,3	
	> 20	587	85,9	14,1	
Consultations hebdomadaires	< 80	520	82,7	17,3	NS
	80 – 100	789	77,4	22,6	
	> 100	487	85,6	14,4	
Consultation sur RDV	Oui	1796	81,2	18,8	NS
Pourcentage de RDV	< 70	376	87,2	12,8	NS
	> 70	1420	79,6	20,4	
Fréquence des RDV	15	446	86,1	13,9	NS
	20	932	79,7	20,3	
	30	418	79,2	20,8	
Activité régulière différente du cabinet	Non	758	75,5	24,5	NS
	Oui	1038	85,4	14,6	
Fait partie d'un groupe de pairs	Non	1252	79,7	20,3	NS
	Oui	544	84,6	15,4	
Informatisation	Non	204	84,8	15,2	NS
	Oui	1592	80,7	19,3	
Rappel automatique	Non	1286	82	18	NS
	Oui	510	79,2	20,8	

Médecin suivi pour HTA	Non	1555	82,2	17,8	NS
	Oui	206	74,3	25,7	
Tabac	Non	1554	80,2	19,8	NS
	Oui	242	87,6	12,4	
A quel point le médecin se sent-il efficace pour traiter l'HTA ?	peu	35	77,1	22,9	NS
	assez	1630	80,5	19,5	
	tres	131	90,8	9,16	
A quel point le médecin se sent-il efficace pour aider un fumeur?	peu	765	81,6	18,4	NS
	assez	996	80,3	19,7	
	tres	35	97,1	2,86	
A quel point le médecin se sent-il efficace pour un Pb d'OH ?	peu	70	52,9	47,1	NS
	assez	1170	83,6	16,4	
	tres	556	79,7	20,3	
Lieu de travail	Banlieue	543	82,3	17,7	NS
	Paris	1253	80,7	19,3	

Tableau 8 : Analyses univariées du renseignement "consommation alcool" chez les hommes en fonctions des variables médecins

Variable	Modalités	n	0	1	p
Vague	1ère	1103	62,6	37,4	NS
	2ème	701	78,2	21,8	
Sexe	Homme	1147	71,6	28,4	NS
	Femme	657	63,5	36,5	
Âge	< 50	407	69,5	30,5	NS
	50 – 55	415	64,8	35,2	
	55 – 60	595	67,2	32,8	
	> 60	387	73,9	26,1	
Ancienneté d'exercice	< 20	475	69,7	30,3	NS
	20 – 30	797	65,2	34,8	
	> 30	532	72,7	27,3	
Enseignant	Non	699	75,7	24,3	NS
	Oui	1105	64,2	35,8	
Responsable FMC	Non	1323	65,2	34,9	NS
	Oui	481	78,2	21,8	
FMC HTA	Non	665	69,3	30,7	NS
	Oui	1139	68,2	31,8	
FMC tabac	Non	1016	68,4	31,6	NS
	Oui	788	68,9	31,1	
FMC alcool	Non	1018	65,8	34,2	NS
	Oui	786	72,3	27,7	
Enquête HTA	Non	1352	68,1	31,9	NS
	Oui	452	70,1	29,9	
Enquête Tabac	Non	1559	68,6	31,4	NS
	Oui	245	68,6	31,4	
Enquête Alcool	Non	1460	67,7	32,3	NS
	Oui	344	72,4	27,6	
Cabinet de groupe	Non	509	73,5	26,5	NS
	Oui	1295	66,7	33,3	
Participe à un groupe qualité, groupe de pairs, groupe EPP	Non	663	69,2	30,8	NS
	Oui	1141	68,3	31,7	

Intérêt/compétence spécifique en HTA	Non	1211	64,4	35,6	NS
	Perso.	526	80	20	
	Assoc.	67	55,2	44,8	
Intérêt/compétence spécifique en tabacologie	Non	1171	65,5	34,5	NS
	Perso.	425	72,9	27,1	
	Assoc.	208	77,4	22,6	
Compétence personnelle HTA	Non	1278	63,9	36,1	NS
	Oui	526	80	20	
Compétence personnelle Tabac	Non	1379	67,3	32,7	NS
	Oui	425	72,9	27,1	
Intérêt/compétence spécifique en alcoologie	Non	1280	68,7	31,3	NS
	Perso.	424	65,6	34,4	
	Assoc.	100	81	19	
Pratiquent le FCV	Non	596	75,8	24,2	NS
	Oui	1208	65,1	34,9	
Durée des consultations	< 20	245	60,4	39,6	NS
	20	978	69,6	30,4	
	> 20	581	70,4	29,6	
Consultations hebdomadaires	< 80	521	67,8	32,3	NS
	80 – 100	797	63,5	36,5	
	> 100	486	78	22	
Consultation sur RDV	Oui	1804	68,6	31,4	NS
Pourcentage de RDV	< 70	378	78,3	21,7	NS
	> 70	1426	66,1	33,9	
Fréquence des RDV	15	455	70,8	29,2	NS
	20	934	71,7	28,3	
	30	415	59,3	40,7	
Activité régulière différente du cabinet	Non	772	65,5	34,5	NS
	Oui	1032	70,9	29,1	
Fait partie d'un groupe de pairs	Non	1256	66,9	33,1	NS
	Oui	548	72,6	27,4	
Informatisation	Non	211	81,5	18,5	NS
	Oui	1593	66,9	33,1	
Rappel automatique	Non	1285	70,1	29,9	NS

	Oui	519	64,9	35,1	
Médecin suivi pour HTA	Non	1560	68,4	31,6	NS
	Oui	212	68,4	31,6	
Tabac	Non	1563	67,6	32,4	NS
	Oui	241	75,1	24,9	
A quel point le médecin se sent-il efficace pour traiter l'HTA ?	peu	32	81,3	18,8	NS
	assez	1641	67,2	32,8	
	tres	131	83,2	16,8	
A quel point le médecin se sent-il efficace pour aider un fumeur?	peu	764	71,9	28,1	NS
	assez	1005	65,2	34,8	
	tres	35	97,1	2,86	
A quel point le médecin se sent-il efficace pour un Pb d'OH ?	peu	70	38,6	61,4	NS
	assez	1180	71,7	28,3	
	tres	554	65,9	34,1	
Lieu de travail	Banlieue	545	71,6	28,4	NS
	Paris	1259	67,4	32,6	

Tableau 9 : Analyses multivariées du renseignement "consommation alcool" chez les femmes en fonctions des variables patientes					
Variable	Modalités	Odds Ratio	Intervalle de confiance à 95%	p	p global
Age	40 à 50 ans	0,92	0,66-1,29	0,63	0,21
	50 à 60 ans	1	--	.	
	60 à 75 ans	0,87	0,60-1,25	0,45	
Fumeuses	oui	1,78	1,30-2,44	0,0007	
	non	1	--	.	
Problème psychiatrique	oui	1,77	1,05-2,97	0,0362	
	non	1	--	.	
sigma_u0 = 1,2364 écart type (0,93-1,55) p<0,0001					

Tableau 10 : Analyses multivariées du renseignement "consommation alcool" chez les hommes en fonctions des variables patients					
Variable	Modalités	Odds Ratio	Intervalle de confiance à 95%	p	p global
Age	40 à 50 ans	0,72	0,50-1,04	0,09	0,21
	50 à 60 ans	1	--	.	
	60 à 75 ans	0,8	0,55-1,16	0,24	
Cholesterol	oui	1,47	1,03-2,10	0,038	
	non	1	--	.	
Fumeurs	oui	1,72	1,24-2,38	0,0019	
	non	1	--	.	
Situation financière	1	3,48	1,62-7,44	0,0023	0,0025
	2	1,11	0,79-1,57	0,5318	
	3	1	--	.	
	4	0,63	0,40-0,99	0,0518	
Ancienneté du suivi par le médecin	< 1 an	2,3	1,31-4,05	0,0055	0,0111
	1 à 3 ans	1	--	.	
	> 3 ans	1,4	1,00-1,96	0,0528	
sigma_u0 = 1,2262 écart type(0,91-1,54) p<,0001					

Tableau 11 : Description de la population quant à la détection du statut "consommation alcool excessive"			
Variable	Modalités	N (miss)	n (%)
Dossier renseigné	Non	301 (0)	240 (79,7)
	Oui		61 (20,3)
Dossier renseigné ou avis medecin	Non	301(0)	225 (74,7)
	Oui		76 (25,3)
Sexe	F	301 (0)	106 (35,2)
	H		195 (64,8)
Age	[40-50[	301 (0)	93 (30,9)
	[50-60[		87 (28,9)
	[60-75[		121 (40,2)
Couple	Non	298 (3)	100 (33,6)
	Oui		198 (66,4)
Enfants	Non	295 (6)	80 (27,1)
	Oui		215 (72,9)
Fumeurs	Non	300 (1)	165 (55,0)
	Oui		135 (45,0)
Exercice physique patient	Non	301 (0)	146 (48,5)
	Oui		155 (51,5)
Conseils diététiques Avis médecin	Non	301 (0)	112 (37,2)
	Oui		189 (62,8)
Français comme langue maternelle	Non	298 (3)	58 (19,5)
	Oui		240 (80,5)
Situation financière*1	1	297 (4)	18 (6,1)
	2		97 (32,7)
	3		147 (49,5)
	4		35 (11,8)
RMI	Non	301 (0)	293 (97,3)
	Oui		8 (2,7)
Mutuelle	Non	301 (0)	27 (9,0)
	Oui		274 (91,0)
CMU	Non	301 (0)	278 (92,4)
	Oui		23 (7,6)

Propriétaire	Non	280 (21)	154 (55,0)
	Oui		126 (45,0)
Prévention secondaire	Non	301 (0)	264 (87,7)
	Oui		37 (12,3)
Affection longue durée	Non	301 (0)	234 (77,7)
	Oui		67 (22,3)
HTA	Non	301 (0)	211 (70,1)
	Oui		90 (29,9)
Cholesterol	Non	301 (0)	236 (78,4)
	Oui		65 (21,6)
Antécédents familiaux	Non	301 (0)	225 (74,8)
	Oui		76 (25,2)
IMC	≤ 18,5	296 (5)	9 (3,0)
	]18,5-25]		153 (51,7)
	]25-30]		102 (34,5)
	≥ 30		32 (10,8)
Problème psychiatrique	Non	301 (0)	278 (92,4)
	Oui		23 (7,6)
Handicap	Non	301 (0)	297 (98,7)
	Oui		4 (1,3)
Maladie grave	Non	301 (0)	284 (94,4)
	Oui		17 (5,6)
Ancienneté du suivi	Moins d'1 an	300 (1)	22 (7,3)
	1 à 3 ans		97 (32,3)
	Plus de 3 ans		181 (60,3)
Nombre de C depuis 1 an	0	299 (2)	42 (14,0)
	1		34 (11,4)
	2		41 (13,7)
	plus de 2		182 (60,9)
Nombre de C depuis 1 an	< 3	299 (2)	117 (39,1)
	≥ 3		182 (60,9)
Suivi à domicile	Non	301 (0)	290 (96,3)
	Oui		11 (3,7)
PCS*2	2	295 (6)	20 (6,8)

	3		149 (50,5)
	4		53 (18,0)
	5		48 (16,3)
	6		25 (8,5)
PCS 3 à 6	3	275 (26)	149 (54,2)
	4		53 (19,3)
	5		48 (17,5)
	6		25 (9,1)
Etude3P	1	296 (5)	28 (9,5)
	2		106 (35,8)
	3		162 (54,7)
Renoncement aux soins	Non	301 (0)	250 (83,1)
	Oui		51 (16,9)
Paie impôt / revenu	Non	271 (30)	49 (18,1)
	Oui		222 (81,9)
Réseau social*4	1	291 (10)	35 (12,0)
	2		126 (43,3)
	3		108 (37,1)
	4		22 (7,6)

Tableau 12 : Analyses univariées de la détection du statut "consommation d'alcool excessive" en fonction des variables médecin

Variable	Modalités	n	0	1	p
Vague	1ère	181	76,8	23,2	NS
	2ème	120	84,17	15,8	
Sexe	Homme	183	84,15	15,9	NS
	Femme	118	72,88	27,1	
Âge	< 50	65	73,85	26,2	NS
	50 – 55	65	80	20	
	55 – 60	101	80,2	19,8	
	> 60	70	84,29	15,7	
Ancienneté d'exercice	< 20	79	75,95	24,1	NS
	20 – 30	132	80,3	19,7	
	> 30	90	82,22	17,8	
Enseignant	Non	120	82,5	17,5	NS
	Oui	181	77,9	22,1	
Responsable FMC	Non	223	78,48	21,5	NS
	Oui	78	83,33	16,7	
FMC HTA	Non	116	78,45	21,6	NS
	Oui	185	80,54	19,5	
FMC tabac	Non	174	77,59	22,4	NS
	Oui	127	82,68	17,3	
FMC alcool	Non	174	80,46	19,5	NS
	Oui	127	78,74	21,3	
Enquête HTA	Non	243	79,84	20,2	NS
	Oui	58	79,31	20,7	
Enquête Tabac	Non	266	79,7	20,3	NS
	Oui	35	80	20	
Enquête Alcool	Non	260	79,62	20,4	NS
	Oui	41	80,49	19,5	
Cabinet de groupe	Non	91	81,32	18,7	NS
	Oui	210	79,05	21	
Participe à un groupe qualité, groupe de pairs, groupe EPP	Non	123	79,67	20,3	NS
	Oui	178	79,78	20,2	

Intérêt/compétence spécifique en HTA	Non	203	80,3	19,7	NS
	Perso.	86	77,91	22,1	
	Assoc.	12	83,33	16,7	
Intérêt/compétence spécifique en tabacologie	Non	195	77,44	22,6	NS
	Perso.	72	83,33	16,7	
	Assoc.	34	85,29	14,7	
Compétence personnelle HTA	Non	215	80,47	19,5	NS
	Oui	86	77,91	22,1	
Compétence personnelle Tabac	Non	229	78,6	21,4	NS
	Oui	72	83,33	16,7	
Intérêt/compétence spécifique en alcoologie	Non	209	78,95	21,1	NS
	Perso.	79	81,01	19	
	Assoc.	13	84,62	15,4	
Pratiquent le FCV	Non	89	87,64	12,4	NS
	Oui	212	76,42	23,6	
Durée des consultations	< 20	44	86,36	13,6	NS
	20	154	78,57	21,4	
	> 20	103	78,64	21,4	
Consultations hebdomadaires	< 80	84	76,19	23,8	NS
	80 – 100	123	81,3	18,7	
	> 100	94	80,85	19,2	
Consultation sur RDV	Oui	301	79,73	20,3	NS
Pourcentage de RDV	< 70	62	77,42	22,6	NS
	> 70	239	80,33	19,7	
Fréquence des RDV	15 min	68	83,82	16,2	NS
	20 min	152	79,61	20,4	
	30 min	81	76,54	23,5	
Activité régulière différente du cabinet	Non	140	81,43	18,6	NS
	Oui	161	78,26	21,7	
Fait partie d'un groupe de pairs	Non	227	80,62	19,4	NS
	Oui	74	77,03	23	
Informatisation	Non	56	82,14	17,9	NS
	Oui	245	79,18	20,8	
Rappel automatique	Non	216	80,56	19,4	NS

	Oui	85	77,65	22,4	
Médecin suivi pour HTA	Non	259	80,31	19,7	NS
	Oui	35	71,43	28,6	
Tabac	Non	267	79,78	20,2	NS
	Oui	34	79,41	20,6	
A quel point le médecin se sent-il efficace pour traiter l'HTA ?	peu	7	100	0	NS
	assez	275	78,91	21,1	
	tres	19	84,21	15,8	
A quel point le médecin se sent-il efficace pour aider un fumeur?	peu	131	80,15	19,9	NS
	assez	166	79,52	20,5	
	tres	4	75	25	
A quel point le médecin se sent-il efficace pour un Pb d'OH ?	peu	15	80	20	NS
	assez	196	78,06	21,9	
	tres	90	83,33	16,7	
Lieu de travail	Banlieue	78	84,62	15,4	NS
	Paris	223	78,03	22	

Tableau 13 : Analyses univariées de la détection du statut "consommation d'alcool excessive" en fonction des variables patient

Variable	Modalités	n	0	1	p
Sexe	F	106	89,62	10,4	0,0037
	H	195	74,36	25,6	
Age	[40-50[93	78,49	21,5	NS
	[50-60[	87	73,56	26,4
	[60-75[	121	85,12	14,9
Couple	Non	100	78	22	NS
	Oui	198	81,31	18,7	
Enfants	Non	80	81,25	18,8	NS
	Oui	215	79,53	20,5	
Tabac	Non	165	85,45	14,6	0,0059
	Oui	135	72,59	27,4	
Français comme langue maternelle	Non	58	87,93	12,1	NS
	Oui	240	78,33	21,7	
Situation financière*1	1	18	44,44	55,6	0,0007
	2	97	78,35	21,7	
	3	147	81,63	18,4	
	4	35	91,43	8,57	
RMI	Non	293	80,55	19,5	0,034
	Oui	8	50	50	
Mutuelle	Non	27	70,37	29,6	NS
	Oui	274	80,66	19,3	
CMU	Non	278	81,29	18,7	0,0192
	Oui	23	60,87	39,1	
Quartier résidentiel	Non	59	79,66	20,3	NS
	Oui	188	79,79	20,2	
Prévention secondaire	Non	264	79,55	20,5	NS
	Oui	37	81,08	18,9	
Affection longue durée	Non	234	79,91	20,1	NS
	Oui	67	79,1	20,9	
HTA	Non	211	83,41	16,6	0,0151
	Oui	90	71,11	28,9	

Cholesterol	Non	236	80,08	19,9	NS
	Oui	65	78,46	21,5	
Antécédents familiaux	Non	290	79,66	20,3	NS
	Oui	11	81,82	18,2	
IMC	≤ 18,5	9	55,56	44,4	NS
	]18,5-25]	153	81,7	18,3
	]25-30]	102	78,43	21,6
	≥ 30	32	81,25	18,8	
Problème psychiatrique	Non	278	81,65	18,4	0,004
	Oui	23	56,52	43,5	
Handicap	Non	297	79,46	20,5	NS
	Oui	4	100	0	
Maladie grave	Non	284	80,63	19,4	NS
	Oui	17	64,71	35,3	
Ancienneté du suivi	Moins d'1 an	22	86,36	13,6	NS
	1 à 3 ans	97	75,26	24,7	
	Plus de 3 ans	181	81,22	18,8	
Nombre de C depuis 1 an	0	42	83,3	16,7	NS
	1	34	85,29	14,7	
	2	41	87,8	12,2	
	plus de 2	182	75,82	24,2	
Nombre de C depuis 1 an	< 3	117	85,47	14,5	0,0434
	≥3	182	75,82	24,2	
Suivi à domicile	Non	290	79,31	20,7	NS
	Oui	11	90,91	9,09	
PCS*2	2	20	80	20	NS
	3	149	83,22	16,8	
	4	53	77,36	22,6	
	5	48	81,25	18,8	
	6	25	64	36	
PCS 3 à 6	3	149	83,22	16,8	NS
	4	53	77,36	22,6	
	5	48	81,25	18,8	
	6	25	64	36	
Etude3P	1	28	82,14	17,9	NS
	2	106	72,64	27,4	

	3	162	83,33	16,7	
Renoncement aux soins	Non	250	80,8	19,2	NS
	Oui	51	74,51	25,5	
Paie impôt / revenu	Non	49	79,59	20,4	NS
	Oui	222	80,18	19,8	
Réseau social*4	1	35	71,43	28,6	0,0234
	2	126	73,81	26,2	
	3	108	87,04	13	
	4	22	90,91	9,09	

Tableau 14 : Analyses multivariées de la détection du statut "consommation excessive alcool" en fonctions des variables patients

Variable	Modalités	Odds Ratio	Intervalle de confiance à 95%	p	p global
Age	40 à 50 ans	0,78	0,37-1,65	0,5225	0,2488
	50 à 60 ans	1	--	.	
	60 à 75 ans	0,52	0,25-1,11	0,099	
Sexe	F	1	--	.	0,0019
	H	3,45	1,64-7,24	0,0019	
Situation financière	1	5,21	1,71-15,88	0,0054	0,0183
	2	1,32	. 0,68-2,58	0,4143	
	3	1	--	.	
	4	0,45	. 0,13-1,65	0,2368	

Tableau 14bis : Analyses multivariées de la détection du statut "consommation excessive alcool" en fonctions des variables patients

Variable	Modalités	Odds Ratio	Intervalle de confiance à 95%	p	p global
Age	40 à 50 ans	0,87	0,39-1,94	0,7426	0,3937
	50 à 60 ans	1	--	.	
	60 à 75 ans	0,58	0,26-1,27	0,18	
Sexe	F	1	--	.	0,0042
	H	3,17	1,49-6,74	0,0042	
Fumeurs	oui	2,02	1,04-3,96	0,0428	.
	non	1	--	.	
HTA	oui	2,01	. 1,00-4,06	0,0551	.
	non	1	--	.	
Situation financière	1	4,32	1,36-13,64	0,0161	0,5317
	2	1,24	. 0,63-2,46	0,5317	

3	1	--	0,0376
4	0,41	0,11-1,50	0,1846

*1 : **Situation financière perçue:** 1 = n'y arrive pas du tout, 2 = doit faire attention, 3 = ça va, 4 = très à l'aide.

*2 : Codes des PCS : 1 = agriculteurs, 2 = artisans commerçants, chefs d'entreprise, 3 = cadres et professions intellectuelles supérieures, 4 = professions intermédiaires, 5 = employés, 6 = ouvriers (codage basé sur l'emploi actuel ou à défaut sur le dernier emploi exercé, ou à défaut sur l'emploi du conjoint).

*3 : risque chronique = Consommation d'alcool > 14 doses par semaine chez la femme et 21 doses chez l'homme (1 dose = 10 g d'alcool).
Risque aiguë = Consommation d'alcool >4 verres par occasion pour les hommes et > 3 verres par occasion pour les femmes.

*4 : Le score de réseau social va de 1 (le plus restreint) à 4 (le plus étendu) en fonction des réponses à plusieurs questions (voir méthode).

RESUME

Introduction : La consommation excessive d'alcool est un facteur de risque évitable de morbi-mortalité fréquent. L'efficacité des interventions brèves sur la réduction de la consommation d'alcool n'est plus à démontrer. Mais pour ce faire, un repérage précoce des mésusages est essentiel.

La présence de l'information sur cette consommation d'alcool a été jugée comme indispensable et reflète la qualité des soins prodigués mais elle a rarement été évaluée.

L'objectif de notre étude est d'analyser les déterminants de l'information de la consommation dans les dossiers médicaux et de la détection des patients à risque chronique d'alcoolisation.

Matériel et Méthodes : Notre travail est le résultat d'une enquête transversale menée de 2008 à 2009 chez 3600 patients suivis par 52 maîtres de stage de la région parisienne. Le recueil des données a été fait de manière bilatérale.

Résultats : 25% des dossiers sont renseignés quant à la consommation d'alcool. 25% des consommateurs excessifs chroniques étaient détectés par le médecin.

La tenue du dossier médical et la bonne détection des patients à risque sont toutes deux liées à la présence de co-morbidités ou au faible niveau socio-économique du patient.

Il existe une variabilité intermédecin dans le recueil de l'information mais pas dans la bonne détection des consommateurs à risque.

Conclusion : Le repérage des problèmes d'alcool est médiocre. Des efforts de santé publique doivent être réalisés pour améliorer la prise en charge des mésusages.

DISCIPLINE

Médecine Générale

MOTS-CLES

Alcool, Repérage, Prévention, Qualité, Dossier médical, Médecine générale.

UNIVERSITE PARIS DESCARTES (PARIS V)

Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

15 rue de l'Ecole de Médecine

75270 PARIS CEDEX 06