



UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LOUVAIN

MASTER COMPLEMENTAIRE EN MEDECINE GENERALE

TRAVAIL DE FIN D'ETUDE

Dépistage des mésusages de l'alcool : état des lieux de
la pratique des médecins généralistes en Belgique
francophone

Docteur Calozet Thomas

Année académique 2023-2024

Promoteur : Docteur Stéphane Heijmans

Table des matières

1. Remerciements	1
2. Abstract	2
Contexte :.....	2
Objectif :.....	2
Méthode	3
Discussion.....	3
Conclusions	3
3. Introduction	4
4. Méthodologie	6
Recherches bibliographiques préliminaires.....	6
Question de recherche.....	7
Choix méthodologique.....	8
Approbation du comité d'éthique	9
Création du questionnaire	9
Design de l'étude	9
Echantillonnage et recrutement.....	10
Analyse des données.....	10
5. Résultats	12
Description de l'échantillon	12
Recherche de corrélations entre les médecins généralistes interrogés et le dépistage.	15
Relevé des caractéristiques du dépistage de la consommation d'alcool par le médecin généraliste	24
A. Quel patient bénéficie d'un dépistage ?	24
B. Quelles sont les motivations des médecins généralistes à dépister ?	26
C. Comment dépister efficacement ?.....	27
D. Quelle est la tenue du dossier ? :	28
E. Une fois le dépistage réalisé, que faire ?.....	31
Relevé des caractéristiques freinant le dépistage de la consommation d'alcool par le médecin généraliste	32
A. Obstacles au dépistage.....	32
B. Contexte le plus approprié au dépistage ?.....	33
6. Discussion	34
7. Forces et faiblesses :.....	43
Forces.....	43
Faiblesses	43

8. Conclusions	44
9. Bibliographie :	45
10. Annexes	48
10.1. Recherche de la littérature.....	48
10.2. Questionnaire.....	53
10.3. Lettre de consentement de participation	56
10.4. Personnes contactées pour la diffusion du questionnaire.....	58
10.5. Test AUDIT	63
10.6. Test FACE	64

1. Remerciements

Je voudrais remercier toutes les personnes qui m'ont soutenu lors de l'élaboration et de la rédaction de ce travail.

Tout d'abord ma famille qui m'a soutenu et rassuré dans les moments de doutes tout au long de ce travail.

Mon promoteur, le Dr Stéphane Heijmans qui m'a guidé et conseillé tout au long de ce parcours.

Ma compagne pour son soutien et sa relecture.

Mes maitres de stage Dr Audrey Bonnelance et Dr Florence Haerten pour leurs précieux conseils ainsi que leur partage de réseaux afin de diffuser mon questionnaire.

Pour terminer, le Dr Thomas Orban pour ses précieux conseils lors de la rédaction du questionnaire et sur les éléments à investiguer lors de ce travail.

2. Abstract

Contexte :

La consommation d'alcool est une habitude largement répandue dans nos sociétés occidentales : en 2016, près de 60% des personnes consomment de l'alcool dans le monde.

(1) Ces boissons imprègnent notre vie sociale, elles sont associées à la fête, à la détente, aux vacances, etc. Sa promotion publicitaire se fait partout : à la télévision, en rue, via les sponsors d'évènements sportifs, etc. Pourtant, les dommages liés à l'alcool sont nombreux (problèmes de santé tels que de l'hypertension artérielle, des perturbations hépatiques, du diabète, de multiples cancers, des addictions et de la dépendance à certains médicaments (benzodiazépines, etc.), des accidents de la vie privée et de la route, etc.) qui ne sont plus à démontrer. (1)

Au vu de l'importante morbi-mortalité liée à la consommation d'alcool, notre rôle en tant que médecin généraliste est de considérer cette consommation comme un facteur de risque pour la santé de nos patients. Pour ce faire, il est donc important de pouvoir l'identifier. Cependant, les médecins généralistes le dépistent-ils activement en interrogeant leurs patients sur leur consommation de boissons alcoolisées ? Leur rôle en tant qu'acteur de première ligne ne devrait-il pas les conduire à repérer ce comportement à risque afin de leur permettre d'intervenir davantage pour limiter la consommation de boissons alcoolisées et par ce biais, ses conséquences ?

Objectif :

Le but de cette étude explicative est de quantifier la proportion de médecins généralistes qui interrogent leurs patients sur leur consommation de boissons alcoolisées.

Elle vise également à :

- repérer les motivations et les freins qu'ont les généralistes à réaliser ce dépistage ;
- déterminer s'il existe des différences dans les habitudes de dépistage selon le type de pratique, les formations réalisées au préalable, le lieu de travail afin de comparer ces données avec celles relevées dans d'autres pays occidentaux.

Finalement, selon les résultats que cette étude mettra en lumière, j'espère pouvoir proposer des pistes pour améliorer les taux de dépistage, et ce dans un objectif de santé publique.

Méthode

Les données de cette étude explicative ont été récoltées à l'aide d'un questionnaire en ligne constitué majoritairement de questions fermées avec quelques sous questions ouvertes. Ce questionnaire a été partagé par l'intermédiaire de différents canaux de communication : les syndicats de médecine générale, la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG), les mailing lists des universités (UCLouvain, ULB, ULiège), ou via le réseau relationnel, etc.

Les analyses statistiques ont été effectuées grâce au logiciel statistique Statistical Package for the Social Science (SPSS). L'analyse qualitative quant à elle a été réalisée par analyse thématique inductive.

Discussion

Les déclarations recueillies vont dans le sens de ce qui est retrouvé dans la littérature. Néanmoins ceux-ci divergent des réponses des patients analysées dans d'autres pays. Certaines pratiques de dépistage réalisées ne sont pas les pratiques recommandées, souvent par méconnaissance de celles-ci, témoignant de l'importance d'améliorer la formation des médecins généralistes. Les informations ne sont pas régulièrement mises à jour et dès lors, une bonne partie de consommateurs d'alcool sont à risque d'échapper au dépistage.

Conclusions

Ce travail a permis de mettre en évidence le taux de dépistage des médecins généralistes belges francophones. Celui-ci paraît élevé mais en analysant de plus près, n'est pas souvent bien réalisé. Dans un second temps, il a permis de repérer les forces et faiblesses de ceux qui dépistent et les freins de ceux qui ne dépistent pas. Un manque de formation et de connaissance des outils de dépistage et de prise en charge est mis en évidence. Finalement, il a permis de proposer plusieurs pistes d'amélioration du dépistage de la consommation d'alcool en médecine générale belge francophone.

3. Introduction

Motivations personnelles :

Je rencontre un patient pour la première fois en urgence pour un « problème d'asthme ». Ce dernier vient surtout car il prend aléatoirement son traitement, a eu une crise d'asthme il y a quelques minutes et n'a pas d'ordonnance pour récupérer un puff de Ventolin®.

En examinant ce patient, je relève une tachycardie, des sibilances à la respiration, les yeux injectés de sang et une forte odeur d'alcool. En regardant plus attentivement son dossier, je constate que ce patient a été emmené à plusieurs reprises en salle d'urgence pour chute, perte de connaissance, multiples crises d'épilepsie provoquées sur éthyliste.

À la suite de cela, j'ose poser la question : « Je vois Monsieur que vous êtes allé plusieurs fois aux urgences à la suite de problèmes d'alcool. Désirez-vous en parler ? ». Ce patient avait bien conscience de ses problèmes de boisson mais rencontrait des difficultés à se soigner car il travaillait dans un café-bar et était exposé tous les jours à la tentation de la consommation. Sa situation financière était précaire en partie à cause de la boisson. Il avait déjà essayé de se soigner avec du diazépam prescrit aux urgences mais la rechute était tout aussi rapide et parfois accélérée par la consommation concomitante de benzodiazépines et d'alcool.

Aborder la question de la consommation d'alcool paraît si simple et est à la fois si compliquée. Comment ce patient a-t-il pu atteindre un tel stade de consommation impactant sa situation financière en plus d'un impact sur sa santé ? Cette situation laisse penser que peu, voire aucun soignant ne lui avait posé la question avant que sa consommation d'alcool ne devienne problématique. Cette situation m'a interpellé car elle aurait probablement pu être évitée.

Dès lors, à quel moment devrions-nous interroger le patient sur ses habitudes de consommation ? A quelle fréquence devrions-nous mettre cette information à jour ? Toutes ses interrogations ont déjà fait l'objet de nombreuses études dans le passé mais notre pratique a-t-elle évolué depuis lors ?

Connaissances actuelles :

Les mésusages de l'alcool sont responsables de pas moins de 5,1% des problèmes de santé et de 3 millions de morts/an dans le monde, maladies et accidents confondus. (2) Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'Europe est classée en première position en termes de consommation d'alcool et la Belgique en neuvième position sur le vieux continent. (3) En 2016 dans notre pays, 8,1% des personnes âgées de plus de 15 ans rapportaient avoir une consommation problématique d'alcool et ce chiffre est probablement sous-estimé. (1) L'alcool représentait également 5,4% des causes de décès ! (1) Il n'y a pas de chiffres plus récents publiés par l'OMS.

Sur base de ces données, on se rend compte que la consommation de boisson alcoolisée est un véritable problème de santé publique qui touche une part importante de la population et particulièrement dans nos pays en Europe. Ces chiffres sont par ailleurs probablement sous-évalués car les personnes sondées ne rapportent pas forcément leur consommation réelle. La promotion de cette boisson addictive est toujours réalisée par l'intermédiaire des campagnes publicitaires malgré ces chiffres inquiétants. Le monde politique essaye de mettre en place des actions mais celles-ci sont freinées par l'importance des accises que le commerce de l'alcool rapporte à l'Etat.

Lorsque l'on connaît la relation privilégiée qu'un médecin peut avoir avec son patient, quel rôle peut-il alors jouer sur le plan de la santé individuelle mais aussi en termes de santé publique ? Quelle part de responsabilité porte le corps médical ? Peut-il améliorer ses actions préventives ?

Qu'en est-il des médecins généralistes, acteurs les plus régulièrement et étroitement en contact avec le patient ? Selon une étude réalisée par le Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé (KCE) en 2017, lorsque l'on interroge les médecins généralistes belges sur les motifs d'inaction concernant la consommation d'alcool de leurs patients, ceux-ci disent ne pas avoir assez de temps pour en parler, ne pas être assez formés, ne pas savoir vers qui rediriger ces patients ou alors que le délai d'attente vers un spécialiste est trop long, etc. (4).

4. Méthodologie

Recherches bibliographiques préliminaires

Afin de réaliser ce travail, des recherches préliminaires furent nécessaires.

Tout d'abord, concernant la thématique choisie, j'ai consulté les divers Travaux de Fin d'Etude (TFE) des années précédentes afin de savoir si le sujet n'avait pas déjà été travaillé. Dr Duvivier Julie aborde la problématique au travers d'une étude qualitative tout en ciblant les médecins généralistes de la province du Hainaut. Ces informations me permettront plus tard de comparer avec celles récoltées cette année sur une population plus large.

Avant de consulter les publications présentes dans la littérature scientifique, une première recherche rapide a été réalisée. Pour ce faire, les sites internet « belgiqueenbonnesante.be », « www.who.int » ainsi qu'un e-learning « Alcool, parlons-en » mis en ligne par le SPF Santé Publique ont été consultés.

Par la suite, la lecture des livres « Alcool, ce qu'on ne vous a jamais dit » et « L'alcool sans tabou » écrits par le Dr Thomas Orban et Vincent Liévin m'ont permis d'en apprendre davantage sur le sujet et m'ont apporté des sources supplémentaires au travers de leur bibliographie.

Enfin, une recherche de littérature est réalisée aux dates des 19-20-21/02/2023 et du 09/04/2023. Les mots clés utilisés dans les différentes bases de données furent : « alcohol », « alcoholism », « alcohol abuse », « screening », « diagnosis », « substance abuse detection », « drug evaluation », « general practice », « general practitioner », « family doctor », « primary care ». Les sites de littérature consultés furent PubMed, Embase, Cochrane, Tripdatabase et Minerva.

Un tableau détaillé de la recherche se trouve en annexe (10.1).

- PubMed: en utilisant l'équation de recherche: (((("Alcoholism"[Mesh]) AND "General Practitioners"[Mesh]) AND "General Practice"[Mesh]) AND («Mass Screening"[Mesh] OR "Diagnosis"[Mesh] OR "diagnosis" [Subheading] OR "Diagnostic Screening Programs"[Mesh] OR "Substance Abuse Detection"[Mesh] OR "Drug Evaluation, Preclinical"[Mesh]) avec le critère "5 years", 4 articles ont été trouvés : **2 furent retenus**

- Embase : en utilisant l'équation de recherche : : ('alcohol abuse'/exp OR 'alcohol abuse' OR (('alcohol'/exp OR alcohol) AND ('abuse'/exp OR abuse)) OR 'alcoholism'/exp OR alcoholism) AND ('screening'/exp OR screening OR 'diagnosis'/exp OR diagnosis) AND ('general practice'/exp OR 'general practice' OR (general AND ('practice'/exp OR practice)) OR 'family doctor'/exp OR 'family doctor' OR (('family'/exp OR family) AND ('doctor'/exp OR doctor)) OR 'primary care'/exp OR 'primary care' OR (primary AND ('care'/exp OR care))) AND (2018:py OR 2019:py OR 2020:py OR 2021:py OR 2022:py OR 2023:py) AND 'alcohol'/dd AND 'alcoholism'/dm AND 'human'/de AND ('diagnosis'/lnk OR 'prevention'/lnk), 38 articles ont été trouvés. **15 articles furent retenus.**
- Cochrane : en utilisant l'équation de recherche : « (Alcohol abuse OR Alcoholism) AND (general practice OR family doctor) AND screening », 7 articles ont été trouvés. **1 seul article fut retenu.**
- Tripdatabase : en utilisant l'équation de recherche : « Alcoholism AND screening AND general practice AND europe AND north America” datant d’après 2018 », 359 articles ont été trouvés. **2 articles furent retenus.**

Question de recherche

Ma première interrogation était de savoir si les médecins généralistes belges francophones dépistent assez leurs patients quant à leur consommation d'alcool. Ainsi, afin de rédiger une question de recherche, la méthode QOCCP a été utilisée et en résultait la question suivante : « Les médecins généralistes belges francophones dépistent-ils systématiquement la surconsommation d'alcool de leurs patients et par quels moyens ? ». Cette question étant trop fermée et donnant une réponse binaire, j'ai dû la modifier afin de l'ouvrir.

Dès lors, la nouvelle formulation est « Dépistage des mésusages de l'alcool : état des lieux de la pratique des médecins généralistes en Belgique francophone ». Ce nouvel énoncé me permet d'élargir l'objet de recherche et de ne plus avoir une réponse binaire (« oui » ou « non »).

Choix méthodologique

Le choix de la méthodologie s'avère compliqué dans ce sujet. Tenter de relever le taux de dépistage réalisé par les médecins généralistes belges francophones concernant les mésusages liés à l'alcool requiert une étude quantitative mais elle ne permet pas de comprendre ni d'élaborer des pistes de réflexions afin d'améliorer cette prévention si cela s'avère nécessaire.

Dès lors, l'utilité d'une étude qualitative seule est limitée. Afin de pouvoir déterminer quels sont les freins et obstacles éventuels au dépistage, il me faut poser des questions plus ouvertes et ajouter une méthodologie qualitative afin d'explorer davantage certains points précis.

Ces deux méthodologies, réalisées séparément, seraient trop longues à mettre en place dans le cadre d'un Travail de Fin d'Etude (TFE), il faut donc les conjuguer.

Ce type d'étude mixte est appelée « méthode explicative » : déterminer dans un premier temps un phénomène (dans ce cas-ci : taux de dépistage) et dans un deuxième temps, expliquer ce phénomène.

Ainsi, cette étude se compose de deux parties :

- Première partie : un questionnaire composé de questions fermées est soumis à un échantillon de médecins généralistes belges francophones et les données sont analysées en utilisant le programme d'analyse SPSS.
- Deuxième partie : dans ce même questionnaire soumis au même échantillon, afin d'approfondir certaines des réponses fermées, une sous-question ouverte est parfois posée afin de leur permettre d'étoffer leur réponse.

NB : contrairement à une méthode séquentielle explicative classique, ceci me permet de ne pas rallonger le temps de collecte de l'étude et me permet de récolter à la fois les données quantitatives et qualitatives au sein de cet unique questionnaire.

Finalement, une fois tous ces résultats collectés et analysés (via SPSS pour les données quantitatives et par analyse thématique inductive pour les données qualitatives), une amélioration de la démarche pourrait (ou non) être proposée selon les résultats obtenus.

Approbation du comité d'éthique

Le groupe d'éthique interuniversitaire pour la médecine générale (GEIMG) a accepté à l'unanimité le 01/01/2024 que le projet de ce TFE ne nécessitait pas de soumettre un dossier plus spécifique au Comité Ethique Hospitalo-Facultaire des Cliniques Universitaires Saint-Luc.

Création du questionnaire

Ce questionnaire est construit sous la forme d'un Google forms (questions reprises en annexe (10.2)). Après lecture de la fiche de consentement (reprise en annexe (10.3)), en cliquant sur « suivant » qui vaut pour signature électronique, les répondants (anonymes) acceptent que leurs réponses soient utilisées afin de rédiger ce travail.

Les questions se suivent et diffèrent selon les réponses qu'ils auront apportées aux questions précédentes.

Exemple :

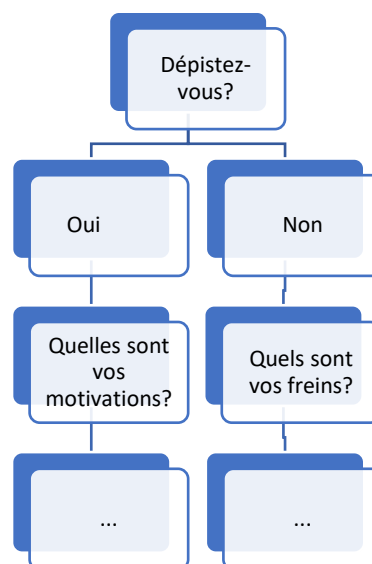


Figure 1 : Représentation du chemin emprunté par les répondants au questionnaire

Au total, il se compose de 35 questions avec 22 questions fermées et 13 à réponses ouvertes courtes (le nombre de questions dépendant alors de la voie choisie par le répondant).

Design de l'étude

Cette étude explicative non interventionnelle a pour but dans un premier temps de quantifier le taux de dépistage des mésusages de l'alcool réalisé par les médecins généralistes et de déterminer s'il existe des différences selon leur pratique, leur formation, leur localisation en

Belgique francophone, etc. Ces premières informations permettraient de situer le médecin dans sa pratique par rapport à celle de ses pairs.

En parallèle, elle essaye de repérer les motivations et/ou les freins au dépistage des mésusages de l'alcool afin de mieux comprendre comment ce dépistage est réalisé.

Finalement, elle permet de proposer des pistes afin d'améliorer ce dépistage.

Echantillonnage et recrutement

Les données ont été collectées entre janvier et mars 2024 en Wallonie et Bruxelles-capitale.

Le partage de ce questionnaire a été réalisé par l'intermédiaire :

- du Centre de Coordination Francophone pour la Formation en Médecine Générale (CCFFMG) des trois facultés de Médecine Belges Francophones ayant un cursus de master en médecine générale pour les assistants médecins généralistes ainsi que pour les maitres de stages acceptant de répondre aux enquêtes des assistants (données communes aux différentes facultés) ;
- du réseau Santé Ardenne ;
- du Groupement Belge des Omnipraticiens (GBO) ;
- de la SSMG ;
- des groupes Facebook entre assistants médecins généralistes (UCLouvain, ULB) ;
- de la Fédération des Associations des Médecins Généralistes de Bruxelles (FAMGB) ;
- de différents médecins contactés personnellement (maitre de stages actuels et précédents, animateurs séminaire loco-régionaux (SLR), etc.) afin qu'ils le partagent parmi leurs contacts (Groupe Local Evaluation Médicale (GLEM), dodécagroupe, ...).

Les cercles de médecine générale (retrouvés sur le site « cercles.be ») ont été contactés par l'intermédiaire du formulaire de demande sur leur site mais ils n'ont pas donné suite à ma demande.

Toutes les personnes contactées ont été mentionnées en annexe (10.4).

Analyse des données

Les données de cette étude ont été traitées de manière quantitative par l'intermédiaire du programme SPSS.

Afin de pouvoir chercher des corrélations, la méthode khi-carrée a été utilisée afin de vérifier si les données sont statistiquement significatives. Cette méthode consiste à vérifier si un échantillon d'une variable permet de donner des observations comparables à celle d'une loi de probabilité P. Dès lors, dès que la valeur du Khi-carré est inférieure à 0,05 ($p < 0,05$), cette comparaison est statistiquement significative.

Pour les données qualitatives, elles ont été déduites par analyse thématique inductive afin de mettre en évidence les éléments pertinents à ma recherche. Deux lecteurs indépendants (T.C et M.R) ont lu les réponses ouvertes apportées par les différents participants séparément afin d'extraire les thèmes pertinents. Ceux-ci ont ensuite confrontés les thèmes retrouvés afin d'affiner et d'obtenir une analyse la plus objective possible des réponses ouvertes.

5. Résultats

Au 31 décembre 2022, on recensait 7881 médecins généralistes agréés et 1122 médecins généralistes en formation en Wallonie-Bruxelles. (5)

Afin d'avoir un échantillon statistiquement significatif, 369 répondants au moins auraient été nécessaires. Malheureusement, ce chiffre n'a pas été atteint (147 répondants soit 39,8% du nombre de répondants visé) malgré de multiples démarches de recrutement envers divers organismes (cf section 10.4). De ce fait, les résultats ne seront pas statistiquement significatifs ou devront être interprétés en gardant à l'esprit la petite taille de l'échantillon interrogé.

Description de l'échantillon

Parmi les 147 répondants, la majorité sont des femmes (71,4%).

En Belgique, la répartition des médecins généralistes par genre est de :

- 50,1% femmes pour 49,9% d'hommes en région Bruxelles Capitale
- 45,9% femmes pour 54,1% d'hommes en région Wallonne.

Cet échantillon ne permet donc pas de représenter adéquatement la population étudiée selon le point de vue du genre.

Âges : Tableau 1 : âge et expérience des participants

Caractéristiques des répondants (N= 147)		N	%
Tranche d'âge	25-30 ans	68	46,3%
	30-40 ans	29	19,7%
	40-50 ans	15	10,2%
	50-60 ans	19	12,9%
	Plus de 60 ans	16	10,9%
Années de pratique	Moins de 3 ans (assistants)	61	41,5%
	Moins de 10 ans	34	23,1%
	10-20 ans	15	10,2%
	20-30 ans	16	10,9%
	30-40 ans	10	6,8%
	Plus de 40 ans	11	7,5%

Encore une fois, cette répartition n'est pas représentative de la répartition des âges dans la population de médecins généralistes belges francophones. En effet, on comptait 12,4% de médecins assistants pour 87,6% de médecins généralistes agréés en Wallonie et Région Bruxelloise confondus. (5)

Lieu de pratique : [Tableau 2 : caractéristiques géographiques des participants](#)

Caractéristiques des répondants (N= 147)		N	%
Région de pratique	Bruxelles	54	36,7%
	Wallonie	93	63,3%
Milieu de pratique	Rural	34	23,1%
	Semi-Rural	42	28,6%
	Urbain	71	48,3%
Province	Bruxelles-Capitale	53	36%
	Brabant Wallon	18	12,2%
	Hainaut	20	13,6%
	Liège	10	6,8%
	Namur	16	10,8%
	Luxembourg	24	16,3%
	Autres (communes à facilités)	6	4,7%

NB : certains médecins travaillent à plusieurs endroits expliquant un total supérieur à 100%.

En 2022, la proportion de médecins généralistes en Belgique francophone et Bruxelles se répartit comme tel (5) :

- Wallonie : 77% (N = 6928)
 - Brabant Wallon : 14,6% (N= 1072)
 - Hainaut : 31,2% (N= 2160)
 - Liège : 30,7% (N = 2131)
 - Namur : 15,9% (N = 1108)
 - Luxembourg : 7,6% (N = 517)

- Bruxelles : 23% (N= 2075)

Les chiffres ressortant de cette étude ne sont donc pas comparables avec la répartition belge francophone des médecins généralistes.

Type de pratique : [Tableau 3 : caractéristiques de la pratique des participants](#)

Caractéristiques du répondant (N= 147)		N	%
Type de patientèle	Plutôt aisée	21	14,3%
	Plutôt défavorisée	34	23,1%
	Plutôt mixte	92	62,6%
Type de pratique	Solo	25	17%
	Pratique monodisciplinaire	47	32%
	Pratique pluridisciplinaire	34	23,1%
	Maison médicale à l'acte	12	8,2%
	Maison médicale au forfait	34	23,1%

NB : certains médecins ont plusieurs pratiques différentes expliquant encore un total supérieur à 100%

Aucun chiffre n'a été retrouvé concernant la répartition des pratiques des médecins généralistes belges francophones, les chiffres repris ci-dessus restent donc des chiffres bruts potentiellement spécifiques à cet échantillon.

Recherche de corrélations entre les médecins généralistes interrogés et le dépistage.

Influence du genre sur le dépistage ?

Tableau 4 : Recherche de corrélation genre et dépistage par méthode Khi-carré

Tableau croisé Le genre du répondant * Patient interrogé sur sa consommation? Oui ou non				
Effectif		Patient interrogé sur sa consommation? Oui ou non		Total
		Oui	Non	
Le genre du répondant	Femme	83	22	105
	Homme	34	7	41
	Je ne préfère pas le dire	0	1	1
Total		117	30	147

Tests du khi-carré			
	Valeur	df	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	4,200 ^a	2	,122
Rapport de vraisemblance	3,491	2	,175
Association linéaire par linéaire	,010	1	,922
N d'observations valides	147		

a. 2 cellules (33,3%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,20.

Test non statistiquement significatif mais 79% des femmes dépistent et 83% des hommes dépistent. 1 seul répondant préférant ne pas répondre à la question de genre indique ne pas dépister.

Influence de l'âge sur le dépistage ?

Tableau 5 : Recherche de corrélation âge et dépistage par méthode Khi-Carré

Tableau croisé Tranches d'âge * Patient interrogé sur sa consommation? Oui ou non				
Effectif		Patient interrogé sur sa consommation? Oui ou non		Total
		Oui	Non	
Tranches d'âge	25-30 ans	50	18	68
	30-40 ans	22	5	27
	40-50 ans	16	0	16
	50-60 ans	12	6	18
	60 ans et plus	17	1	18
Total		117	30	147

Tests du khi-carré			
	Valeur	df	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	9,996 ^a	4	,040
Rapport de vraisemblance	13,656	4	,008
Association linéaire par linéaire	2,295	1	,130
N d'observations valides	147		

a. 3 cellules (30,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 3,27.

Test statistiquement significatif :

- 25-30 ans : 74% dépisteraient
- 30-40 ans : 81% dépisteraient
- 40-50 ans : 100% dépisteraient
- 50-60 ans : 67% dépisteraient
- > 60 ans : 94% dépisteraient

La tranche d'âge qui semble dépister le plus est la tranche 40-50 ans.

Influence de l'expérience sur le dépistage ?

Tableau 6 : Recherche de corrélation entre expérience et dépistage par méthode Khi-carré

Tableau croisé Tranches d'années * Patient interrogé sur sa consommation? Oui ou non				
Effectif		Patient interrogé sur sa consommation? Oui ou non		Total
		Oui	Non	
Tranches d'années	Moins de 3 ans (assistant médecins généralistes)	44	17	61
	Moins de 10 ans	28	6	34
	10-20 ans	18	1	19
	20-30 ans	8	5	13
	30-40 ans	8	1	9
	40 ans et plus	11	0	11
Total		117	30	147

Tests du khi-carré			
	Valeur	df	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	10,841 ^a	5	,055
Rapport de vraisemblance	13,453	5	,019
Association linéaire par linéaire	3,358	1	,067
N d'observations valides	147		

a. 4 cellules (33,3%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 1,84.

Test non statistiquement significatif :

- Médecins assistants (<3 ans d'expérience) : 72% dépisteraient
- Médecins de moins de 10 ans de pratique : 82% dépisteraient
- Médecins de 10-20 ans de pratique : 95% dépisteraient
- Médecins de 20-30 ans de pratique : 62% dépisteraient
- Médecins de 30-40 ans de pratique : 89% dépisteraient
- Médecins de > 40 ans de pratique : 100% dépisteraient

Influence de la région sur le dépistage ?

Tableau 7 : Recherche de corrélation entre Régions et dépistage par méthode Khi-carré

Effectif		Patient interrogé sur sa consommation? Oui ou non		Total
		Oui	Non	
Bruxelles ou Wallonie	Bruxelles	45	10	55
	Wallonie	72	20	92
Total		117	30	147

	Valeur	df	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	,268 ^a	1	,605		
Correction pour continuité ^b	,094	1	,759		
Rapport de vraisemblance	,271	1	,602		
Test exact de Fisher				,676	,384
Association linéaire par linéaire	,266	1	,606		
N d'observations valides	147				

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 11,22.
b. Calculée uniquement pour une table 2x2

Test non statistiquement significatif :

- Bruxelles : 81% dépisteraient
- Wallonie : 78% dépisteraient

Influence du milieu de pratique sur le dépistage ?

Tableau 8 : Recherche de corrélation entre le milieu de pratique et dépistage par méthode Khi-carré

Effectif		Patient interrogé sur sa consommation? Oui ou non		Total
		Oui	Non	
Rural, semi-rural, urbain	Rural	29	6	35
	Semi-Rural	35	8	43
	Urbaine	53	16	69
Total		117	30	147

	Valeur	df	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	,644 ^a	2	,725
Rapport de vraisemblance	,646	2	,724
Association linéaire par linéaire	,596	1	,440
N d'observations valides	147		

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 7,14.

Test non statistiquement significatif :

- Milieu rural : 83% dépisteraient
- Milieu semi-rural : 81% dépisteraient
- Milieu urbain : 77% dépisteraient

Influence de la localisation sur le dépistage ?

Dépistage par province :

- Bruxelles : 79,6%
- Brabant Wallon : 77,8%
- Hainaut : 75%
- Liège : 90%
- Namur : 75%
- Luxembourg : 83,3%

NB : dans le questionnaire, il est demandé de préciser le code postal de son lieu de pratique et non la province. Un tableau croisé n'a donc pu être réalisé car les données de code postaux ne peuvent être regroupées dans le programme SPSS.

Influence du type de patientèle sur le dépistage ?

Tableau 9 : Recherche de corrélation entre type de patientèle et dépistage par méthode Khi-carré

Effectif		Patient interrogé sur sa consommation? Oui ou non		Total
		Oui	Non	
Aisée, mixte, défavorisée	Plutôt aisée	17	3	20
	Plutôt défavorisée	28	7	35
	Plutôt mixte	72	20	92
Total		117	30	147

	Valeur	df	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	,464 ^a	2	,793
Rapport de vraisemblance	,490	2	,783
Association linéaire par linéaire	,424	1	,515
N d'observations valides	147		

a. 1 cellules (16,7%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 4,08.

Test non statistiquement significatif

- Plutôt aisé : 85% dépisteraient
- Plutôt défavorisée : 80% dépisteraient
- Plutôt mixte : 78% dépisteraient

Influence du type de pratique sur le dépistage

Tableau 10 : Recherche de corrélation entre type de pratique et dépistage par méthode Khi-carré

Effectif		Patient interrogé sur sa consommation? Oui ou non		
		Oui	Non	Total
Solo, monodisciplinaire, pluridisciplinaire, MM à l'acte, MM au forfait	Solo	21	6	27
	Pratique de groupe Monodisciplinaire	31	16	47
	Pratique de groupe Pluridisciplinaire	28	4	32
	Maison médicale à l'acte	10	1	11
	Maison médicale au forfait	27	3	30
Total		117	30	147

Tests du khi-carré			
	Valeur	df	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	9,534 ^a	4	,049
Rapport de vraisemblance	9,558	4	,049
Association linéaire par linéaire	4,836	1	,028
N d'observations valides	147		

a. 1 cellules (10,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 2,24.

Test statistiquement significatif :

- Pratique solo : 78% dépisteraient
- Pratique de groupe monodisciplinaire : 66% dépisteraient
- Pratique de groupe pluridisciplinaire : 88% dépisteraient
- Maison médicale à l'acte : 91% dépisteraient
- Maison médicale au forfait : 90% dépisteraient

Influence de la formation sur le dépistage

Tableau 11 : Recherche de corrélation entre formation et dépistage par méthode Khi-carré

Tableau croisé Formation reçue? Oui ou non * Patient interrogé sur sa consommation? Oui ou non				
Effectif		Patient interrogé sur sa consommation? Oui ou non		Total
		Oui	Non	
Formation reçue? Oui ou non	Oui	85	12	97
	Non	32	18	50
Total		117	30	147

Tests du khi-carré					
	Valeur	df	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	11,341 ^a	1	<,001		
Correction pour continuité ^b	9,933	1	,002		
Rapport de vraisemblance	10,819	1	,001		
Test exact de Fisher				,001	,001
Association linéaire par linéaire	11,263	1	<,001		
N d'observations valides	147				

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 10,20.
b. Calculée uniquement pour une table 2x2

Test statistiquement significatif :

- Formé : 88% dépisteraient
- Non formé : 64% dépisteraient

Formation au dépistage :

La majorité des médecins n'ont pas été formés au dépistage de la consommation d'alcool des patients (66,7%).

➤ Parmi les médecins déclarant avoir été formés, voici les formations reçues :

- Formation durant les années universitaires : 37%
- SSMG : 27%
- E-learning : 8%
- Formation continue : 6%
- Formation au GLEM : 4%
- Formation durant l'assistantat : 3%
- Certificat Interuniversitaire : 3%
- Autres (ASBL Solaix, auto-formation continue, ...) : 12 %

Le niveau de qualification apporté par chacune de ces formations n'est pas nécessairement comparable, certaines étant probablement certifiantes et d'autres relevant certainement d'une formation plus « empirique » sur le terrain.

➤ Parmi les médecins n'ayant pas eu de formation, voici les obstacles rencontrés à la formation :

- Pas de cours durant leurs études : 61%
- Pas l'envie/peu d'intérêt : 12%
- Manque de temps : 8%
- Auto-apprentissage : 4%
- Sans avis : 15%

Notons que l'auto-apprentissage est repris à la fois par les médecins ayant été formés ainsi que par ceux n'ayant pas été formés. Une des hypothèses est que le terme « formation » a pu être interprété de diverses manières : l'auto-apprentissage étant considéré comme une formation en soi ou une formation étant interprétée uniquement comme un apprentissage dispensé par autrui dans un cadre spécifique.

Taux de médecins déclarant dépister :

Parmi les médecins interrogés, 79,6% disent dépister. Parmi eux, 1 seul n'indique pas la réponse du patient dans le dossier.

Tableau 12 : Relevé des médecins dépistant et indiquant l'information dans le dossier

Effectif		Mention dans le dossier? Oui ou non		Total
		Oui	Non	
Patient interrogé sur sa consommation? Oui ou non	Oui	116	1	117
Total		116	1	117

Relevé des caractéristiques du dépistage de la consommation d'alcool par le médecin généraliste

A l'issue de cette étude, il est possible de regrouper les différents éléments pertinents au dépistage en différentes catégories, permettant également de faciliter la discussion des résultats dans un second temps.

A. Quel patient bénéficie d'un dépistage ?

A quel âge pensez-vous qu'il faudrait poser la question ?

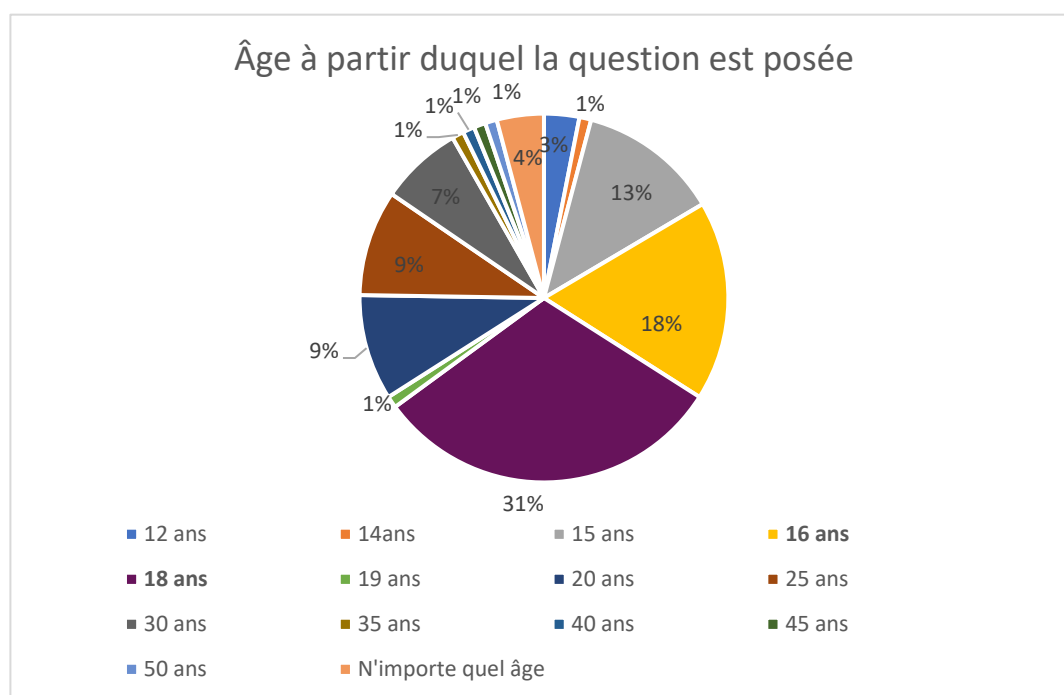


Figure 2 : Pourcentages des âges des patients dépistés

Les médecins généralistes interrogent le plus souvent les patients de plus de 18 ans. Certains d'entre eux posent la question à l'adolescence (14-16 ans) voire dès l'âge de 12 ans.

Quelle tranche d'âge est la plus susceptible d'être interrogée ?

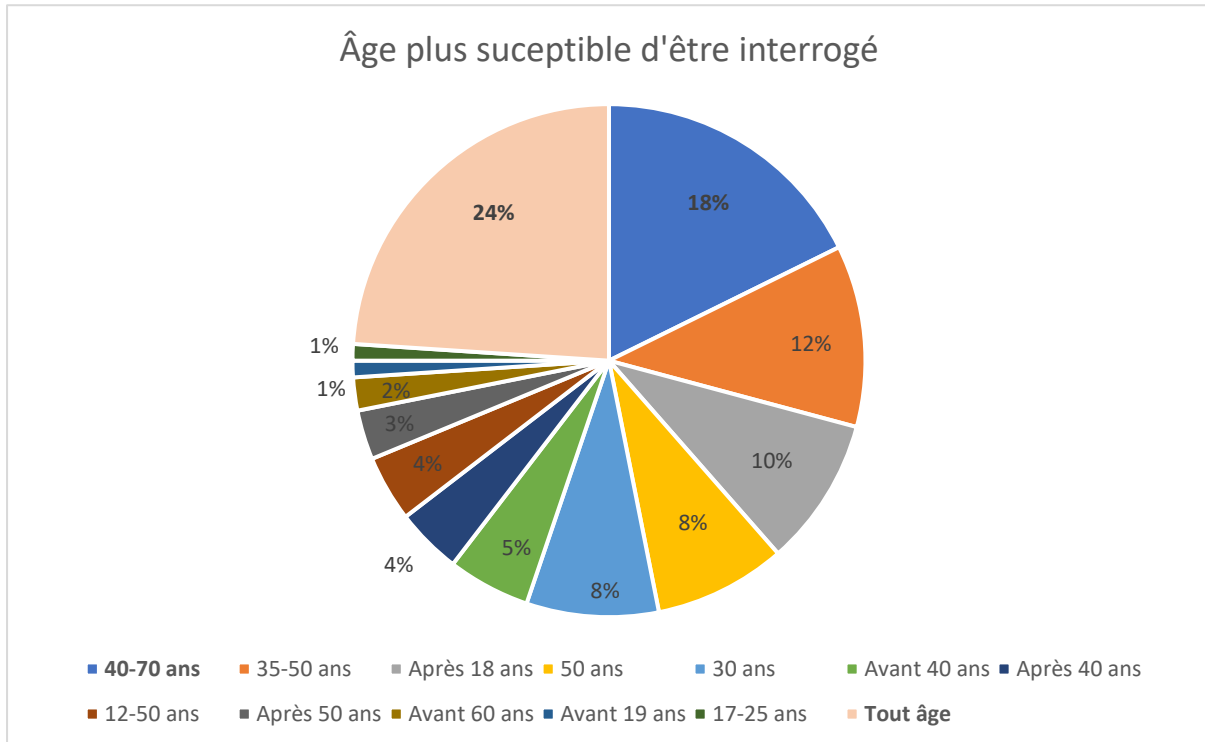


Figure 3 : Pourcentages des âges de patients plus susceptibles d'être interrogés

Les patients les plus susceptibles d'être interrogés restent malgré tout, les patients de plus de 40 ans. Néanmoins, quasiment un quart des répondants estiment que les patients de tout âge devraient être interrogés.

A quelle occasion posez-vous la question ?

- Patient avec signe d'imprégnation en consultation : 79%
- Première rencontre : 76%
- Prise de sang check-up : 76%
- Demande venant du patient : 70%
- Campagne de sensibilisation : 22%
- Evènement particulier : 16%
- A l'anamnèse systématique : 9%
- Si effet secondaire d'une consommation problématique (hypertension artérielle, dépression, ...) : 4%

- Hétéroanamnèse : 2%
- Si autre addictif abordé (tabac, drogues, ...) : <1%

NB : les répondants pouvaient sélectionner plusieurs réponses.

La majorité des médecins interrogés posent la question en observant directement l'une des manifestations du mésusage de l'alcool : l'état d'imprégnation en consultation. Par ailleurs, on note également que la question est fréquemment posée dans des situations qui relèvent d'une demande issue du patient et non de manière proactive du médecin.

De plus, rares sont les médecins qui explorent les co-addictions de leurs patients.

B. Quelles sont les motivations des médecins généralistes à dépister ?

Motivation au dépistage :

- Prévention générale : 40%
- Prise en charge globale : 28%
- Circonstanciel : 19%
- Problème fréquent : 8%
- Mieux connaître son patient : 3%
- Sujet apprécié par le médecin : 1%
- Expérience personnelle : 1%

Pour la majorité des médecins généralistes, interroger son patient sur sa consommation de boissons alcoolisées fait partie de la prévention générale et de la prise en charge globale du patient. Néanmoins, le dépistage est souvent réalisé selon certaines circonstances et toutes les consultations ne s'y prêtent pas.

C. Comment dépister efficacement ?

Les tests de dépistages déjà existants sont-ils utilisés ?

Tableau 13 : Relevé de l'utilisation des tests de dépistages par les médecins qui dépistent

Tableau croisé Patient interrogé sur sa consommation? Oui ou non * Utilisation d'échelles déjà existantes? Oui ou non				
Effectif		Utilisation d'échelles déjà existantes? Oui ou non		Total
		Oui	Non	
Patient interrogé sur sa consommation? Oui ou non	Oui	27	90	117
Total		27	90	117

La majorité des médecins généralistes qui dépistent n'utilisent pas les tests de dépistage déjà existants (77%).

Parmi les médecins généralistes qui les utilisent, voici ceux exploités :

- AUDIT : 44 %
- Tests biologiques (GOT/GPT, GGT, CDT, PETH, ...) : 24%
- FACE : 8%
- CAGE : 8%
- Autres (« ceux du logiciel », ETAM, ...) : 16%

La majorité des patients y sont réceptifs (72%), pour d'autres, cela dépend du moment où le test est utilisé (24%) (ex : campagne de dépistage).

Pour une minorité des médecins, les patients ne sont pas réceptifs à ces tests (4%).

Pourquoi ces tests de repérages ne sont-ils pas utilisés ?

- Méconnaissance : 55%
- Impersonnel/non apprécié : 24%
- Oubli : 11%
- Pas le temps : 9%
- Circonstancier : 3%
- Autre : 7% (« coût » ? Sans avis)

La majorité des médecins ne connaissent pas ces tests. Pour d'autres, ceux-ci peuvent occasionner une gêne aux patients. Si le test est remis au patient afin d'y répondre seul, celui-ci est rarement retourné au médecin et la manœuvre de dépistage s'arrête.

D. Quelle est la tenue du dossier ? :

Quel est le pourcentage des dossiers où l'information de la consommation d'alcool y est indiquée ?

Quel pourcentage (approximatif) de vos dossiers médicaux comporte cette information?
117 réponses

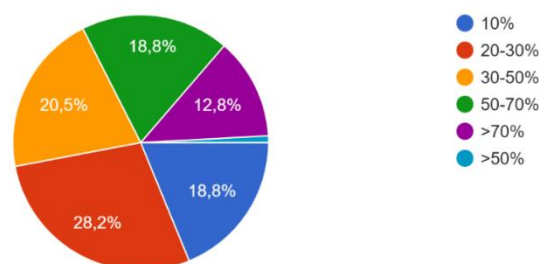


Figure 4 : Pourcentage des dossiers contenant la consommation d'alcool des patients

Un peu plus de la moitié des dossiers des médecins interrogés semblent contenir cette donnée.

Cette information est notée de la manière suivante :

Comment indiquez-vous la quantité d'alcool consommée ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
117 réponses

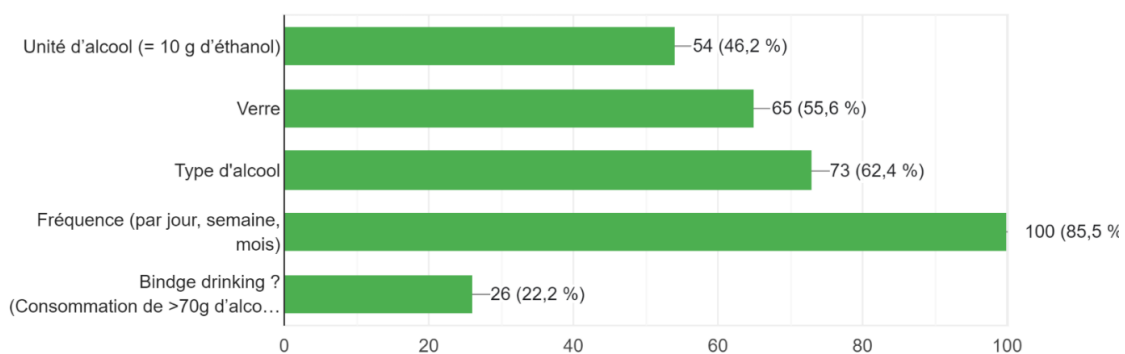


Figure 5 : Comment la consommation d'alcool est-elle notée ?

Cette consommation est principalement notée sous forme « verre, type et fréquence ».

Où l'information est-elle indiquée dans le dossier ?

- Fiche générale du patient : 73%
- Contact de la consultation : 66%
- Facteurs de risques : 5%
- Note personnelle : 1%
- Variable : 1%

NB : Les notes personnelles peuvent être délivrées au patient désormais (loi patient) !

La consommation du patient est le plus souvent notée dans la fiche générale du patient ou dans le contact de la consultation.

L'information est-elle mise régulièrement à jour ?

Tableau 14 : Relevé des médecins mettant la consommation à jour de leurs patients

Tableau croisé Patient interrogé sur sa consommation? Oui ou non * Mise à jour info alcool: oui ou non				
Effectif		Mise à jour info alcool: oui ou non		Total
		Oui	Non	
Patient interrogé sur sa consommation? Oui ou non	Oui	63	53	116
Total		63	53	116

Cette information n'est pas mise à jour régulièrement. Seuls 53% des médecins remettent cette information à jour.

Celle-ci est mise à jour :

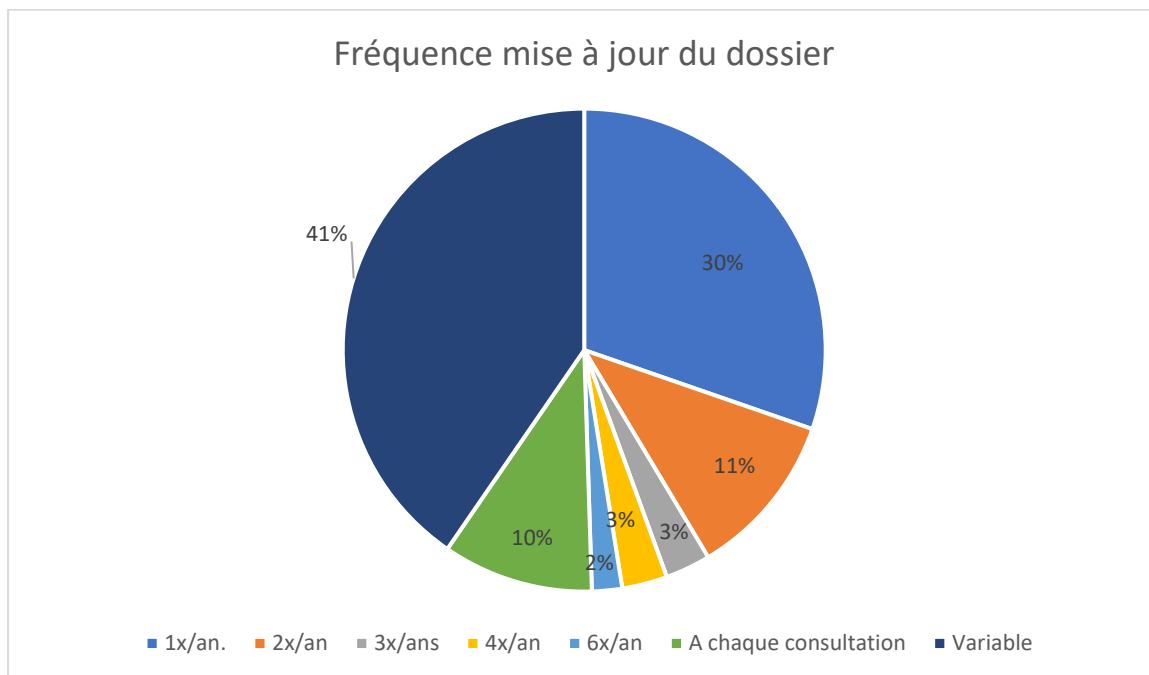


Figure 6 : Pourcentage de la fréquence de mise à jour de la consommation d'alcool des patients

La majorité des médecins mettent cette information à jour une fois par an.

A quelle occasion peut-on mettre l'information à jour ?

- Consultation de routine/prise de sang : 48%
- Consultation préventive : 29%
- Après formation : 1%
- Toutes les consultations : 21%

Les raisons de ne pas mettre le dossier à jour sont les suivantes :

- N'y pense pas : 25%
- Pas le temps : 20%
- Pas habitué : 12%
- Pas besoin ? : 7%
- Peur de fragiliser la relation thérapeutique : 5%
- Trop d'administratif : 4%
- Variable : 27% : toutes les consultations ne s'y prêtent pas, plutôt pensé que chez les patients où une consommation problématique a déjà été identifiée

(délaissant alors la possibilité que d'autres patients puissent avoir une consommation néfaste à leur tour).

Les raisons invoquées pour ce manque de mise à jour sont le manque de temps ou l'oubli. On note que 12% des répondants indiquent ne pas être habitués à mettre cette information à jour.

E. Une fois le dépistage réalisé, que faire ?

Quelle proportion des dépistages nécessite une intervention ?

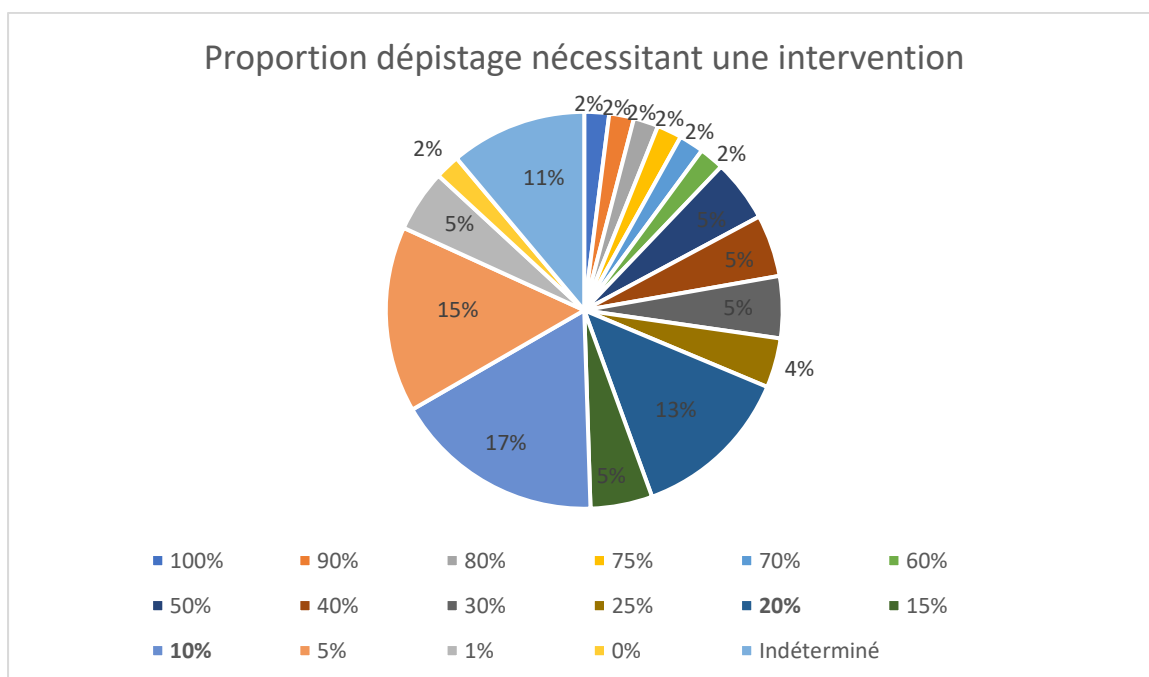


Figure 7 : Pourcentage des patients dont le dépistage nécessite une intervention

Pour 13% des médecins interrogés, ce dépistage mène à une intervention une fois sur cinq.

Une fois la question posée, réalisez-vous une intervention brève ou référez-vous chez une personne qualifiée (si nécessaire)?

117 réponses

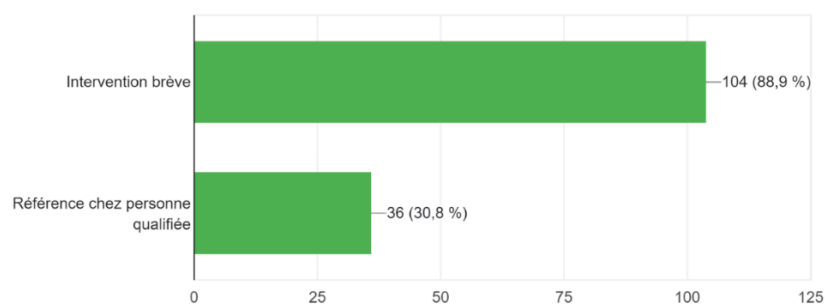


Figure 8 : Pourcentage du type d'intervention réalisé par les médecins

La majorité des médecins qui interrogent réalisent une intervention brève.

Relevé des caractéristiques freinant le dépistage de la consommation d'alcool par le médecin généraliste

Parmi les médecins généralistes ne dépistant pas leurs patients sur leur consommation de boissons alcoolisées, nous pouvons observer les éléments suivants :

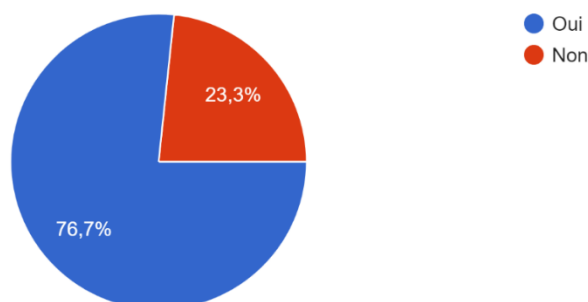
A. Obstacles au dépistage

Obstacles au dépistage : (réponses multiples)

- Non pertinent à la consultation : 66%
- Méconnaissance/manque d'expérience : 56%
- Première consultation uniquement : 50%
- Peur : 40%
- Manque de temps : 23%
- Patients peu réceptifs : 13%
- Manque d'intérêt : 3%

Pour les médecins qui ne dépistent pas, ceux-ci estiment que la consultation ne se prête généralement pas à poser la question. Plus de la moitié d'entre eux estiment manquer d'expérience afin de pouvoir dépister correctement. D'autres disent ne le faire qu'à la première consultation et ne plus poser la question par la suite.

Seriez-vous demandeur d'une formation sur le sujet?
30 réponses



Lorsque les médecins sont interrogés sur le bénéfice d'une formation afin de dépister davantage, il ressort que la majorité d'entre eux sont demandeurs d'un apprentissage (76,7%).

Figure 9 : Pourcentage des médecins ne dépistant pas et demandeurs de formation

B. Contexte le plus approprié au dépistage ?

Estimez-vous que la médecine générale soit l'endroit le plus approprié pour poser la question ?

30 réponses

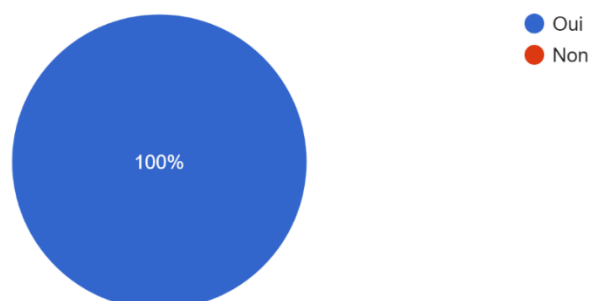


Figure 10 : Pourcentage des médecins ne dépistant pas estimant que le médecin généraliste est le prestataire de soin le plus qualifié pour le faire

Parmi les 20% des médecins ne dépistant pas, tous estiment néanmoins que le médecin généraliste est le plus à même à dépister les patients sur leur consommation d'alcool.

Dès lors, quel est le meilleur moment pour dépister ? (Choix multiples)

- Après la lecture d'une prise de sang ou d'une imagerie dont l'anomalie est probablement liée à l'alcool : 80%
- Consultation de routine : 56%
- Après lecture d'un rapport d'un spécialiste qui en parle : 53%
- Si le patient le demande : 3%
- Si le patient présente des symptômes : 3%
- A la première consultation : 3%

Selon ces médecins, plusieurs moments semblent opportuns afin de pouvoir poser la question tel qu'à la lecture d'une prise de sang ou d'une imagerie suggestive d'une consommation problématique ou d'un rapport de médecin spécialiste le mentionnant. La consultation de routine semble également un bon moment pour poser la question pour plus de la moitié des médecins interrogés.

6. Discussion

Le but premier de ce travail était de déterminer le taux de dépistage réalisé par les médecins généralistes belges francophones. Le nombre de répondant nécessaire afin d'obtenir un résultat statistiquement significatif n'ayant pas été atteint, les résultats seront donc à interpréter avec précaution.

Le taux de dépistage relevé dans cet échantillon est de 79,6% (N=117). Ce taux est particulièrement élevé comparativement à celui relevé par l'étude Alcool SSMG réalisée en octobre 2011 en Belgique qui révélait que seul un médecin sur deux dépistait. (6) Cette différence pourrait être imputée à plusieurs raisons : évolution sociétale et meilleure connaissance des effets sur la santé ? Meilleure formation durant le cursus universitaire ou en continue ? Biais de sélection car une grande majorité des répondants sont des médecins assistants ou des médecins intéressés par la question de l'alcool ? Biais de bienséance ? Conséquences des interventions d'un certain nombre d'acteurs tels la SSMG ou de personnalités médiatiquement actives telles que le Dr Thomas Orban ? Prise de conscience de la profession ?

La meilleure manière de relever la fréquence du dépistage réalisé par les médecins généralistes est d'interroger directement le patient mais ce type d'enquête nécessite un temps et des moyens plus importants que ceux disponibles pour un TFE.

Dépiste-t-on mieux ailleurs ?

- En Allemagne, lorsqu'on interroge les patients ayant des problèmes liés à la consommation d'alcool à haut risque, on se rend compte que peu d'entre eux ont reçu des conseils pour diminuer leur consommation. Parmi ces patients, 82,2% déclarent n'avoir jamais été interrogés sur leur consommation par leur médecin généraliste. Le taux de dépistage semble être plutôt bas. (7)
- En France, dans une étude menée auprès de patients, 13,9 % déclarent avoir été interrogés par leur médecin généraliste sur une éventuelle consommation d'alcool lors des premières consultations. Cependant, seulement 5% des patients déclarent parler d'eux-mêmes de leur consommation d'alcool à leur médecin traitant alors qu'ils

déclarent ne pas avoir honte d'en parler. (8) La raison invoquée est que pour la plupart des patients (83,7%), ils n'estiment pas avoir de problème d'alcool. Cette étude apporte également un autre élément intéressant : 80 patients (19,5 %) pensaient que leur médecin généraliste connaissait leur consommation d'alcool du moment.

Corrélations socio-démographiques et dépistage

L'analyse des données démographiques permet de relever qu'il n'y a pas de différence dans le dépistage selon le genre, l'âge, l'expérience du médecin ainsi que selon la région, le milieu de pratique et le type de sa patientèle. Il semblerait cependant que les médecins généralistes en province de Liège dépistent davantage que les autres mais la population de l'échantillon étudiée est sous-représentée.

Les médecins généralistes des maisons médicales ainsi que ceux des pratiques de groupes pluridisciplinaires semblent dépister davantage la consommation d'alcool de leurs patients. L'association de plusieurs pratiques médicales et paramédicales, abordant sous différents angles la question de la consommation d'alcool, permettrait-elle de dépister davantage ?

Motivations et freins au dépistage

L'un des autres objectifs de ce travail est de relever les motivations et les freins au dépistage de boissons alcoolisées et de caractériser les différentes pratiques de dépistages réalisées.

Le premier élément notable est la formation du médecin généraliste au dépistage. Celle-ci participe grandement au taux de dépistage. Cet élément est comparable à la littérature : selon l'étude menée par Rosario F. et al., il y a une nette augmentation du taux de dépistage chez les praticiens formés par rapport à ceux qui ne le sont pas (136 fois plus). (9)

Néanmoins, les formations suivies par les médecins varient par le niveau de qualification apporté par chacune d'entre elles. Celles-ci ne sont pas nécessairement comparables : certaines étant probablement certifiantes et d'autres relevant probablement d'une formation plus « empirique » sur le terrain. Le terme « formation » peut avoir une interprétation différente sur le plan sémantique et peut entraîner un biais lors de la réponse à cette question. Rappelons également que certaines de ces formations peuvent avoir un coût

important (Certificat Interuniversitaire en Alcoologie Belge : 1600€ pour 15 jours de formation/ 500€ pour les assistants) qui n'est pas toujours à la portée de tous, notamment dans les premières années d'activité.

Les obstacles rencontrés par les médecins n'ayant pas eu de formation sont principalement l'absence de cours durant le cursus universitaire (61%), le manque d'intérêt pour la problématique (12%) ainsi que le manque de temps (8%). Dans l'étude menée par le KCE en juillet 2017, ces éléments étaient déjà mentionnés (cf figure ci-dessous). (4)



Figure 11 : Iconographie des obstacles à la prise en charge des patients alcoolo-dépendants par les médecins généralistes (4)

L'importance de la formation est encore une fois démontrée par ces chiffres tout en connaissant l'efficacité de celle-ci sur le dépistage. (10)

En creusant plus loin chez les médecins qui déclarent dépister, on se rend compte que l'âge du patient interrogé diffère grandement d'un médecin à l'autre bien que la majorité interrogent à partir de 18 ans (31%). Notons que la législation belge permet la consommation et l'achat de bières et de vins à partir de l'âge de 16 ans et de spiritueux à partir de 18 ans (article 6§6 de la [loi du 24 janvier 1977](#)). Cela influence probablement la représentation de la consommation d'alcool chez le jeune. Dans l'enquête de santé réalisée par Sciensano en 2018, « un peu plus d'un citoyen sur cinq (22,8%) a consommé de l'alcool pour la première fois avant l'âge de 16 ans et la majorité (54,9%) a débuté entre 16 et 18 ans ». (10) Il serait donc nécessaire d'interroger les patients bien avant l'âge légal de consommation, les conséquences

au long terme sur le développement neuronal des jeunes consommant de l'alcool étant bien connu. Par ailleurs, on note une évolution de la proportion de consommateurs précoces (< 16 ans) : 19,9% en 2008, 17,1% en 2013 et 22,8% en 2018 toujours selon l'enquête de Sciensano. (10)

Pourtant, la population la plus susceptible d'être interrogée selon les répondants est celle de 40-70 ans (18%) bien que quasiment 25% des répondants estiment que les patients de tout âge devraient être interrogés. C'est « *parmi les personnes de 55-64 ans que l'on trouve la plus grande proportion de surconsommateurs (+14/F ; +21/M), soit une personne sur dix (10,6%)* » toujours selon Sciensano. (10) Cela correspond donc bien à la même tranche d'âge interrogée par les médecins de mon étude. Est-ce pour autant la tranche d'âge la plus consommatrice ou est-ce seulement la population pour laquelle nous avons le plus de données ?

Les motifs de dépistages sont multiples. La majorité des médecins interrogés posent la question en observant directement l'une des manifestations du mésusage de l'alcool : l'état d'imprégnation en consultation. Par ailleurs, on note également que la question est fréquemment posée dans des situations qui relèvent d'une demande issue du patient et non de manière proactive de la part du médecin. Ceci est finalement révélateur d'un dépistage qui n'est pas systématique mais plutôt circonstanciel.

De plus, rares sont les médecins qui explorent les co-addictions de leurs patients. Selon l'étude menée par Caron et al., seuls 29,8 % des médecins généralistes ont interrogé leurs patients sur leur consommation de cannabis. (11) Pourtant, comme cette étude le montre, leurs jeunes patients entre 15 et 25 ans présentent souvent une co-addiction ! En effet, toujours selon Caron et al., en 2017 en France 9,3 % des adolescents âgés de 17 ans sont des polyconsommateurs réguliers. (11)

Pour la majorité des médecins généralistes, interroger son patient sur sa consommation de boissons alcoolisées fait partie de la prévention générale (40%) et de la prise en charge globale du patient (28%). Néanmoins, le dépistage est souvent réalisé dans certaines circonstances et toutes les consultations ne s'y prêtent pas.

Dans d'autres pays d'Europe (Suède, Pays-Bas, Catalogne et Pologne), ces réponses sont comparables bien qu'une aide financière supplémentaire semblerait motiver à dépister davantage qu'elle soit directement apportée au professionnel de santé ou via l'assurance maladie. (12)

Tests de dépistage

Les tests de dépistages déjà existants sont peu utilisés par les médecins généralistes (23%), ce qui est même inférieur à d'autres pays occidentaux. Dans cette étude américaine, les tests de dépistages sont utilisés par 38% des prestataires de soins primaires qui déclarent dépister. (13) On remarque également que parmi les médecins déclarant utiliser ces tests, certains pensent que les tests biologiques sont des tests de détection. Or il n'en est rien. Certains dosages sont bel et bien des moyens de déterminer le taux de consommation mais ne sont pas des tests utilisés pour le dépistage mais plutôt pour un suivi ou une procédure judiciaire. De plus, les transaminases ne sont perturbées qu'après un certain temps alors que le mésusage de l'alcool peut déjà être présent. (14) Les tests de repérage recommandés tels qu'AUDIT ou FACE (10.5 et 10.6) permettent de repérer les buveurs excessifs et ne comportent qu'entre 5 et 10 questions. Ils sont donc aisés à implémenter en consultation.

La majorité des médecins interrogés ne connaissent pourtant pas ces tests (55%). Pour d'autres, ceux-ci peuvent occasionner une gêne aux patients (24%) car jugés impersonnels. Si le test est remis au patient afin d'y répondre seul, celui-ci est rarement rapporté au médecin et la manœuvre de dépistage s'arrête. Cet élément est en contradiction avec ce qui a été démontré dans l'étude de Rosario et al. Ainsi, dans l'unique centre qui, à l'aide d'une secrétaire, distribuait automatiquement les questionnaires AUDIT à tous les patients avant la consultation, on remarque un taux de dépistage 3,8 fois supérieur aux autres centres (passant de 15,7% de dépistage à 60,2%). (9) Ceci reste néanmoins un cas isolé mais pourrait être étudié à plus large échelle afin de déterminer si une distribution systématique des tests améliore effectivement le taux de dépistage.

Tenue du dossier

Si on s'attarde sur la tenue du dossier du patient, même si le médecin pose la question, seuls 32,5% des médecins interrogés déclarent avoir au moins la moitié de leurs dossiers médicaux

qui contient l'information de la consommation d'alcool qui est pourtant l'un des items demandés dans le Dossier Médical Global (DMG). Cette information est par ailleurs principalement notée sous forme « verre, type et fréquence ». La définition du mot « verre » est plutôt floue pour le patient d'où l'importance de plutôt parler d'unité plutôt que de verre. Pour faciliter la compréhension et la communication, il existe de nombreuses fiches reprenant les conversions permettant d'aider le patient à mieux visualiser la quantité d'alcool consommée et aider le médecin à la retranscrire fidèlement.



Figure 12 : Iconographie d'une unité d'alcool selon le type d'alcool
(<https://jeunes.alcool-info-service.fr/alcool/boissons-alcoolisees>)

La consommation du patient est le plus souvent notée dans la fiche générale du patient (73%) et/ou dans le contact de la consultation (66%), dès lors perdue dans la masse de données et donc inutilisable. Notons également que certains médecins indiquent cette information dans les notes personnelles qui, depuis le 6 février 2024 peuvent être accessibles au patient. D'où l'intérêt de le noter au bon endroit et de la bonne manière. Finalement, l'information n'est pas mise à jour régulièrement. Ainsi, 30% des médecins interrogés déclarent la mettre à jour une fois par an ou de manière variable pour 40% d'entre eux. Les raisons invoquées pour ce manque de régularité dans la mise à jour est le manque de temps (20%) ou l'oubli (25%). On note que 12% des répondants indiquent ne pas être habitué à mettre cette information à jour démontrant un manque de systématique dans le dépistage de boissons alcoolisées. L'intégration de cette donnée pourrait peut-être faire l'objet d'une des alertes générées par

le Dossier Médical Informatisé (DMI) tout comme il le fait déjà pour le dépistage de certains cancers ou du diabète. Ceci pourrait également être étendu aux autres co-addictions.

Et après le dépistage ?

Une fois le dépistage réalisé, pour 13% des médecins interrogés, ce dépistage mène à une intervention dans 1 cas sur 5 ! Cela suggère que la question doit toujours être posée puis qu'elle aboutit régulièrement à une prise en charge ! Ainsi, la majorité des médecins réalisent une intervention brève dont l'efficacité a déjà été prouvée. (15) Comme nous le rappelle le Dr Thomas Orban dans son article paru dans « *La Revue de Médecine Générale*, n°209 Janvier 2004 », « *une intervention brève consiste en une intervention alcoologique de courte durée destinée aux patients repérés (buveurs excessifs)*. (14) *L'objectif de celle-ci est d'obtenir une diminution de la consommation du patient. La littérature montre des durées d'intervention très variées : cela peut aller de quelques minutes à une demi-heure !* » Il propose d'ailleurs deux types d'interventions brèves : la brève et l'intervention ultra-brève dont voici des exemples :

L'INTERVENTION BRÈVE MINIMALE OU ULTRA-BRÈVE
<ul style="list-style-type: none">• bref conseil• et/ou remise d'un livret informatif• et/ou suivi clinique et biologique régulier
L'INTERVENTION BRÈVE
<ul style="list-style-type: none">• restitution du test de repérage• le risque alcool• le verre standard• l'intérêt de la réduction• les méthodes utilisables pour réduire sa consommation• proposer des objectifs, laisser des choix• donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation• remise d'un livret informatif ou d'une fiche

Figure 13 : Descriptifs d'une intervention brève et ultra-brève (14)

Pour les médecins qui ne dépistent pas, ceux-ci estiment que la consultation ne se prête généralement pas à poser la question. Plus de la moitié d'entre eux estiment manquer d'expérience afin de pouvoir dépister correctement. D'autres disent ne le faire qu'à la

première consultation et ne plus poser la question par la suite. En comparant avec d'autres pays, le manque de formation est également un frein car les médecins disent ne pas savoir prendre en charge le patient une fois dépisté. Ceci entraînant alors un obstacle au dépistage. (16)

Lorsque les médecins sont interrogés sur le bénéfice d'une formation afin de dépister davantage, il ressort que la majorité d'entre eux sont demandeurs d'un apprentissage (76,7%). A ce sujet, aucun chiffre n'a été retrouvé de manière comparative dans la littérature.

Alors que 20% des médecins interrogés ne dépistent pas, tous estiment néanmoins que le médecin généraliste est le plus à même de dépister les patients sur leur consommation d'alcool.

Et les patients leur donnent raison : dans l'étude menée par Phan et al. en 2020, la totalité des patients estimaient que leur médecin généraliste était compétent dans ce domaine. (8)

C'est par ailleurs le rôle central donné par les institutions sanitaires internationales au médecin généraliste dans la prévention du mésusage d'alcool. En effet, l'organisation mondiale des médecins généralistes (WONCA) insiste dès 2002 sur le rôle de prévention central du médecin généraliste (17) :

- « *Prendre en charge une maladie qui se présente de manière indifférenciée à un stade précoce de son développement, ce qui peut nécessiter une intervention urgente* »
- « *Promouvoir la santé et le bien-être des patients et des écosystèmes dans lesquels ils vivent par une intervention appropriée et efficace* » ;
- « *Avoir une responsabilité spécifique pour la santé des communautés et environnements* ».

Celles-ci sont trois des caractéristiques de la définition du métier du médecin généraliste selon la WONCA, toujours d'actualité en 2023. (17)

Selon ces médecins, plusieurs moments semblent opportuns afin de pouvoir poser la question tel qu'à la lecture d'une prise de sang, d'une imagerie suggestive d'une consommation problématique ou d'un rapport de médecin spécialiste le mentionnant. La consultation de

routine semble également un bon moment pour poser la question pour plus de la moitié des médecins interrogés.

Résumé des éléments notables :

- Le médecin généraliste est le praticien le mieux placé pour dépister.
- Ce dépistage est actuellement insuffisamment et incorrectement réalisé en Belgique.
- Les médecins généralistes formés au dépistage ont un taux de dépistage supérieur aux autres.
- Les tests de dépistage sont encore trop peu connus et trop peu utilisés par les médecins généralistes.
- Les médecins généralistes sont pour la plupart désireux d'être mieux formés sur le sujet.

Propositions d'améliorations :

- Davantage de formations durant les cours universitaires et pour la formation continue contenant le détail des tests de repérage déjà existants, l'apprentissage du rythme de dépistage et comment mieux intégrer cette information dans le dossier médical.
- Proposer plus de flyers/affiches de dépistage dans les salles d'attente afin de permettre au patient d'aborder également le sujet.
- Emettre un rappel périodique annuel par le DMI afin de remettre à jour la fiche santé du patient à la fois dans le dossier du patient et éventuellement dans le Summarized Electronic Health Record (SumEHR). C'est d'ailleurs ce que propose l'article de Keurhorst et al. afin de rendre ce dépistage systématique. (12)
- Indiquer le nombre d'unité d'alcool sur les étiquettes des boissons alcoolisées comme d'ailleurs proposé dans le dernier avis proposé par le SPF Santé Publique. (18)
- Permettre au patient de bénéficier d'une consultation de dépistage annuelle afin de passer en revue tous les éléments de prévention (cancer, tabac, alcool, ...) et de réaliser une intervention brève. Malheureusement, le système belge ne permet actuellement pas de réaliser une consultation uniquement de prévention car cette compétence est détenue par les régions et non par le fédéral.

7. Forces et faiblesses :

Forces

Echantillonnage :

- La multiplication des canaux de diffusion permet de diminuer le risque de biais d'échantillonnage et d'améliorer la représentativité des médecins sélectionnés.

Faiblesses

Biais de sélection :

- Echantillon non statistiquement significatif avec un nombre insuffisant de participants permettant d'apprécier les différentes pratiques en Belgique Francophone.
- Recrutement de masse réalisé par différents canaux pouvant entraîner une surcharge d'informations et donc une diminution du taux de participants ou une sélection réalisée selon les centres d'intérêts de chacun.

Biais de « bienséance » :

- Réponses apportées sans possibilité de prouver les faits : on ne peut pas aller vérifier les dossiers des répondants pour s'assurer que leurs réponses soient objectives.

8. Conclusions

Les médecins généralistes belges francophones de mon échantillon déclarent dépister sans distinction quel que soit leur lieu de profession (province, rural/semi-rural/urbain). La pratique de groupe semble permettre un dépistage légèrement supérieur à une pratique monodisciplinaire ou solo. En comparant les études dans d'autres pays, une discordance est présente. La majorité des médecins pensent dépister correctement la consommation d'alcool de leurs patients, mais du point de vue du patient selon les quelques articles consultés à ce sujet il n'en est rien. Les informations restent dès lors à corrélérer avec une autre étude interrogeant cette fois-ci les patients belges francophones.

Ce dépistage varie cependant d'un médecin à l'autre et les moyens utilisés pour dépister sont souvent mal connus et sous-utilisés. Le type et la quantité d'alcool ne sont pas correctement compris par le patient ni par les médecins. Un verre ne correspond fréquemment pas à une unité d'alcool (à savoir 10g d'alcool pur). Une représentation de ces unités devrait alors toujours être proposé au patient afin qu'il puisse mieux évaluer sa consommation.

Les outils de dépistages déjà existants ne sont que très peu utilisés par manque de connaissance, de temps ou d'appropriation de ces derniers. Détailler ces tests et développer leur utilité durant les années de formation permettrait de mieux les appréhender et de repérer plus tôt les consommateurs à risque de mésusage de ces boissons alcoolisées.

L'information est souvent mal encodée et peu mise à jour dans le dossier des patients et dès lors, beaucoup de patients ne sont pas identifiés comme ayant un mésusage. Un rappel par l'intermédiaire du DMI pourrait permettre de signaler aux médecins qu'il est temps de réaliser cette prévention.

Un manque de formation sur le dépistage ainsi que sur la prise en charge semblent avoir lieu lors des années universitaires. Cela étant, il en résulte un frein au dépistage par peur de jugement du patient et par peur de ne pas savoir comment prendre son patient en charge. Une amélioration de la formation pourrait rendre la prévention sur le mésusage de l'alcool plus efficient.

9. Bibliographie :

1. Organisation Mondiale de la Santé. **Global status report on alcohol and health 2018**. Geneva: World Health Organization. [Web page]. 2018. Available from : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?sequence=1> (consulté le 14/01/2024)
2. Organisation Mondiale de la Santé. **Alcool**. [Web page]. 2022. Available from : <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/alcohol#:~:text=L'usage%20nocif%20de%20l'alcool%20entra%C3%AEn e%203%20millions%20de,de%20l'ensemble%20des%20d%C3%A9c%C3%A8s>. (consulté le 08/04/2024)
3. Sciensano. **Déterminants de Santé : Consommation d'alcool, Health Status Report**. [Web page]. 2020. Available from : <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/determinants-de-sante/consommation-d-alcool> (consulté le 08/04/2024)
4. KCE. **Pourquoi si peu de prise en charge des problèmes d'alcool ?** [Web page]. 2017. Available from : <https://kce.fgov.be/fr/publications/newsletter/kce-medecine-generale-02/pourquoi-si-peu-de-prise-en-charge-des-problemes-dalcool> (consulté le 14/01/2024)
5. Cellule Planification de l'Offre des Professions de Soins de Santé. **STATISTIQUES ANNUELLES DES PROFESSIONNELS DES SOINS DE SANTÉ EN BELGIQUE** [Web page]. 2024. Available from : https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/stat-an_2022_fr.pdf (consulté le 24/03/2024)
6. Dr Thomas Orban. **Catégories diagnostiques, types de consommation Comment définir le mésusage d'alcool ?** [Web page]. 2017. Available from : <https://www.asma-asbl.be/assets/300> (consulté le 01/04/2024)
7. Kastaun S, Garnett C, Wilm S, Kotz D. Prevalence and characteristics of hazardous and harmful drinkers receiving general practitioners' brief advice on and support with alcohol consumption in Germany: results of a population survey. *BMJ Open*. 2022 ;12(9):e064268.

8. Phan T, Yana J, Fabre J, Yana L, Renard V, Ferrat E. [At-risk drinking screening by general practitioners: A survey of patients in primary care]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2020;68(4):215-25.
9. Rosario F, Vasiljevic M, Pas L, Angus C, Ribeiro C, Fitzgerald N. Efficacy of a theory-driven program to implement alcohol screening and brief interventions in primary health-care: a cluster randomized controlled trial. *Addiction*. 2022;117(6):1609-21.
10. L. Gisle. S. Demarest. S Drieskens . **Enquête de santé 2018 : Consommation d'alcool. Bruxelles, Belgique : Sciensano** ; Numéro de rapport : D/2019/14.440/65 [Web page] 2018. Available from : https://www.sciensano.be/sites/default/files/al_report_2018_fr_v4.pdf (consulté le 22/02/2024)
11. Caron H, Sellier-Petitprez A, Ariza M. Expérimentation d'une semaine de dépistage et de prévention chez les adolescents de 16 à 25 ans aux substances psychoactives les plus répandues (tabac, alcool, cannabis). *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2021;69(7):380-6.
12. Keurhorst M, Heinen M, Colom J, Linderoth C, Mussener U, Okulicz-Kozaryn K, et al. Strategies in primary healthcare to implement early identification of risky alcohol consumption: why do they work or not? A qualitative evaluation of the ODHIN study. *BMC Fam Pract*. 2016;17:70.
13. Tan CH, Hungerford DW, Denny CH, McKnight-Eily LR. Screening for Alcohol Misuse: Practices Among U.S. Primary Care Providers, DocStyles 2016. *Am J Prev Med*. 2018;54(2):173-80.
14. Dr Thomas Orban. **DÉPISTAGE ET INTERVENTION BRÈVE EN ALCOOLOGIE**. [Web page]. 2004. Available from : <https://www.preventionsante.eu/index.php/presse/communiqués-de-presse/36-article-du-docteur-thomas-orban> (consulté le 01/04/2024)
15. Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;2(2):CD004148.
16. O'Regan A, Cullen W, Hickey L, Meagher D, Hannigan A. Is problem alcohol use being detected and treated in Irish general practice? *BMC Fam Pract*. 2018;19(1):30.

17. World family doctors. Caring for people. **THE EUROPEAN DEFINITION OF GENERAL PRACTICE / FAMILY MEDICINE** [Web page]. 2023. Available from : https://www.woncaeurope.org/file/41f61fb9-47d5-4721-884e-603f4afa6588/WONCA_European_Definitions_2_v7.pdf (consulté le 06/04/2024)
18. Conseil supérieur de la santé. **L'alcool nuit à la santé** [Web page]. 2024. Available from : <https://www.health.belgium.be/fr/lalcool-nuit-la-sante> (consulté le 06/04/2024)