

Alcool et médecine générale

Une étude menée avec le concours de 135 médecins généralistes sur « les consommateurs d'alcool à problème », révèle le travail épidémiologique, prospectif et thérapeutique qui pourrait être fait avec cette profession.

L'alcoolodépendance et ses conséquences somatiques, relationnelles, sociales et économiques sont bien connues : personnels de santé, journalistes, cinéastes, écrivains, militants des mouvements d'anciens buveurs, ont décrit les divers aspects de cette « maladie » comportementale et sociale et ont fait des propositions thérapeutiques diverses et souvent mal évaluées.

À côté de l'alcoolodépendance, il existe une « consommation à problèmes » (dénommée également consommation à risques, consommation excessive, abus) qui a ses propres conséquences morbides et qui pourrait, dans certains cas, précéder l'alcoolodépendance. On peut penser que des interventions brèves, simples et peu coûteuses, pourraient modifier (en bien) ces comportements et avoir un effet positif en terme de santé publique.

Parmi les professionnels bien placés pour repérer les « consommateurs à problèmes », intervenir et suivre leur histoire, les médecins généralistes sont particulièrement bien placés par leur nombre (56 000 actuellement), par leur position professionnelle (ils rencontrent individuellement des personnes réellement en danger) et par leur pratique (l'assiduité

des patients auprès des médecins généralistes est élevée). Cinq études prospectives faites en Grande Bretagne ont apporté des arguments cliniques qui confortent cette hypothèse.

Pour tester cette hypothèse, il importe, dans un premier temps, de mesurer la prévalence de ces patients en danger à cause de l'alcool et de s'assurer de la faisabilité d'un tel repérage. Dans un second temps, il faut évaluer l'effet d'une intervention simple faite par les médecins généralistes, car les conditions d'exercice professionnel sont différentes d'un pays à l'autre.

La première partie de ce travail a été faite en 1991 et 1992 par un groupe de 135 médecins généralistes, répartis dans 7 pôles métropolitains : Avignon, Besançon, Bordeaux, Créteil, Dunkerque, Montpellier et Rennes. Au cours d'une journée de travail (choisie aléatoirement) au printemps 1991, tous les patients adultes, hommes et femmes, vus en consultation et en visite, ont été interrogés suivant

un questionnaire pré-établi visant à repérer l'ensemble des personnes malades (présentement ou potentiellement) à cause de l'alcool. Ont été considérés comme « consommateurs à problèmes », les hommes ayant une consommation déclarée d'alcool hebdomadaire supérieure à 28 « verres » (280 g) et les femmes ayant une consommation supérieure à 14 « verres » (140 g) *et n'ayant pas de critères d'alcoolodépendance*.

Ainsi définis, ont été repérés parmi les 1 956 patients inclus dans l'enquête, 13,2 % des hommes, 7,6 % des femmes : 9,6 % de la population globale. Si on s'en tient à la population adulte, âgée de moins de 65 ans, les valeurs observées sont les suivantes, 12,3 % pour les hommes, 6,8 % pour les femmes, 9,1 % globalement.

L'ensemble des médecins généralistes participant à cette étude ont convenu qu'interroger les patients sur leur consommation d'alcool ne rencontrait pas de difficultés majeures.

Un an plus tard, ces mêmes médecins

Bibliographie

- ▶ Anderson P., Scott E. The effect of general practitioners' advice to heavy drinking men. *Br J Addict* 1992;87:891-900.
- ▶ Scott E., Anderson P. Randomized controlled trial of general practitioner intervention in women with excessive alcohol consumption. *Drug and Alcohol Rev* 1990;10:313-321.
- ▶ Wallace P., Cutler S., Haines A. Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. *Br Med J* 1988;297:663-668.
- ▶ Heather N., Campion P.-D., Neville R.-G., et al. Evaluation of a controlled drinking minimal intervention for problem drinkers in general practice (the DRAMS scheme). *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1987;37:358-363.

Évaluation du dispositif spécialisé

Le 8 février dernier, la DGS (bureau SP3, ex bureau 2D) a présenté les résultats d'une évaluation du dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme financé au titre du chapitre 47-14 du budget du Ministère des Affaires sociales.

L'a méthode utilisée pour conduire cette évaluation a combiné diverses techniques d'investigation : pré-diagnostic sur un échantillon, réunions inter-régionales de mobilisation des acteurs, administration d'un questionnaire, réflexion au sein de groupes de travail thématiques. L'ensemble des travaux a été suivi et validé par un comité de pilotage plurisectoriel.

Les chiffres clef du dispositif

56 % des structures sont des établissements de l'ANPA (Association nationale de prévention de l'alcoolisme), 21 % dépendent d'autres associations, 15 % sont des structures hospitalières. Elles emploient 1 500 personnes, dont 53 % sont issues des professions médicales ou paramé-

icales, et assurent 32 % des 99 000 heures travaillées. Leur budget moyen est de 450 kF., utilisé à 77 % pour financer les frais de personnel.

La place du dispositif dans le champ de l'alcoologie

Rappelant que bien d'autres acteurs : unités d'alcoologie, médecins généralistes, etc. participent à la prise en charge des problèmes liés aux conduites d'alcoolisation, le groupe Ten estime que la principale originalité du dispositif spécialisé tient à sa capacité à mener de front trois activités : prévention du risque alcool, soins aux consultants, accompagnement thérapeutique et social : « diversifié, compétent, capable d'inventivité et d'un certain degré d'adaptation, ayant su fonder son origi-

nalité et sa personnalité sur une combinaison judicieuse d'actions complémentaires, le dispositif est pertinent aux regards des missions qui sont les siennes et de la demande sociale qui s'adresse à lui. »

Une stratégie à définir

Cependant, note le rapport, tout se passe aujourd'hui comme si tous les éléments de la réussite étaient réunis sans que l'on réussisse à le démontrer. Faute de valorisation et de légitimation, le dispositif est isolé, en quête de reconnaissance. Il appartient à l'État de se doter d'une stratégie, de se donner les moyens de définir les enjeux auxquels le dispositif doit correspondre, les objectifs qu'il doit atteindre, les moyens dont il doit disposer et les partenaires qu'il doit rechercher. **GG**

► **Évaluation du dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme**, G.L Rayssac, F Roche, L. Toujard., rapport du Groupe Ten à la direction générale de la santé, 1993, 172 p.

généralistes ont tenté de rencontrer ces « consommateurs à problème ». Vingt pour cent d'entre-eux étaient perdus de vue. Parmi les 155 patients retrouvés, un était décédé. Parmi les survivants « suivis » à un an, tous avaient été revus au moins une fois ; 63 pour cent tous les mois ou plus. Ces chiffres confirment la bonne assiduité de ces patients vis à vis de leur médecin généraliste.

Il ressort de tout ceci les conclusions suivantes.

► Il est possible de faire un travail

d'épidémiologie à l'échelle métropolitaine, conçu, mis en place et mené à bien par des médecins généralistes travaillant avec des universitaires.

► Un repérage des « consommateurs à problème » est faisable dans la pratique des médecins généralistes.

► La prévalence de ces « malades » dans la clientèle adulte (18-65 ans) des médecins généralistes, en France métropolitaine, est de l'ordre de 10 pour cent.

► Le suivi épidémiologique – 80 % à un an – permet un travail prospectif.

► On dispose des valeurs indispensables pour calculer les dimensions d'une future étude prospective évaluant une intervention thérapeutique.

Professeur Bernard Rueff

Chef du service des traitements ambulatoires des malades alcooliques, hôpital Beaujon, membre de la commission permanente alcool et santé publique.