

GROUPE LORRAIN D'AUDIT MEDICAL

RESEAU EPIDEMIOLOGIQUE LORRAIN

AUDIT : TABAC-ALCOOL.

RAPPEL SUR L'AUDIT MEDICAL

L'audit médical est une méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer la pratique du médecin à des références admises, pour améliorer la qualité des soins délivrés au patient.

Après avoir choisi un sujet (le dossier médical permet-il de connaître le statut de nos patients par rapport à l'alcool et au tabac ?), établi un référentiel, puis un questionnaire (phase de préparation), le médecin recueille les données, puis les analyse (phase de réalisation). Des mesures de correction sont adoptées. Le deuxième tour de l'audit permet d'apprécier les modifications éventuelles.

Il s'agit d'une démarche volontaire qui respecte l'anonymat des participants.

ARGUMENTAIRE

TABAC

Il n'y a plus d'incertitude sur les méfaits de la consommation de tabac et les bénéfices de son arrêt. La diminution de la consommation de tabac est de loin le plus important de tous les facteurs susceptibles d'agir favorablement sur la morbidité et la mortalité prématurée.

En France, environ un tiers de la population adulte fume régulièrement et le pourcentage atteint 50% chez les jeunes adultes entre 18 et 24 ans.

Le tabac est en France la cause de 60 000 décès prématurés (avant l'âge de 65 ans) par an, soit un décès sur neuf. Un fumeur régulier sur deux ayant commencé à fumer à l'adolescence mourra victime du tabac.

L'arrêt du tabac réduit la mortalité et la morbidité de l'ensemble des maladies liées au tabac (1).

Le conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac consiste à demander systématiquement à chaque patient s'il est fumeur et s'il a envisagé la possibilité de s'arrêter de fumer. Ce conseil minimal est efficace en médecine générale, en terme de santé publique (2).

Il est donc indispensable que le dossier médical contienne des informations sur le tabagisme. L'information minimale permet de repérer les patients fumeurs afin d'aborder le problème du sevrage. L'information optimale permet d'évaluer la consommation cumulée de tabac (en paquets/années), y compris chez les anciens fumeurs, ce qui permet de dépister les pathologies favorisées par le tabagisme.

ALCOOL

Les méfaits de l'alcool sont également bien démontrés.

L'usage inadapté de l'alcool est la cause directe ou indirecte de 15 à 25% des hospitalisations, de 30 à 35 000 décès par an (3).

Des enquêtes effectuées dans des cabinets de médecine générale indiquent que 16% des patients consultant en médecine générale sont des consommateurs à problèmes : consommateurs à risque, consommateurs excessifs (présentant une pathologie liée à l'alcool) ou alcoolodépendants (4).

La consommation dangereuse est définie par l'augmentation du risque relatif de décès. Cette augmentation apparaît dès que la consommation hebdomadaire dépasse 28 "verres" chez l'homme et 14 chez la femme. Un "verre" est estimé à 10 g d'alcool pur. Il s'agit du contenu d'alcool des diverses boissons servies dans les cafés en France (un verre de vin, un demi de bière, une dose d'apéritif ou de digestif).

Il est donc indispensable que le dossier médical permette de repérer les patients à risque : L'information minimale est l'existence d'une consommation, l'information optimale est la connaissance du nombre de "verres-semaine" consommés.

Les difficultés des médecins à aborder simplement la question de la consommation d'alcool de leurs patients tiennent aux sentiments ambivalents liés à la consommation de boissons alcoolisées. Les médecins craignent de culpabiliser leurs patients et de froisser leur susceptibilité en posant la question de la consommation d'alcool.

JUSTIFICATION DE L'AUDIT

L'enquête EUREKA a démontré que les médecins généralistes français étaient plus à l'aise dans le dépistage des cancers féminins (sein et col de l'utérus) que dans celui des dépendances, alors que la mortalité liée à ces deux cancers a été le cinquième de celle liée aux deux dépendances en 1994. Ils posent plus facilement à leurs patients la question de la consommation de tabac que celle de la consommation d'alcool (5).

Le GLAM, pour sa part, a déjà testé la difficulté à repérer la consommation de tabac et d'alcool chez nos patients : un précédent audit sur le dépistage des cancers des voies aéro-digestives supérieures chez les patients éthylo-tabagiques a buté sur cet obstacle : les dossiers médicaux permettent rarement de repérer les patients à risque.

C'est en raison de ces difficultés que nous avons choisi d'associer, dans cet audit, le problème de l'alcool et celui du tabac, et cela d'autant plus que ces deux consommations sont souvent couplées et que les risques sont alors potentialisés.

Remerciements : au Professeur F. Paille (CHU NANCY) qui a bien voulu valider cet argumentaire.

Références

- 1) Arrêt de la consommation du tabac. Conférence de consensus des 8 et 9 octobre 1998. Paris (ANAES)
- 2) Hirsch A. Les médecins, les fumeurs et l'arrêt du tabagisme. Efficacité d'une intervention médicale minimale. *Conc Med.* 1996; 477-481.
- 3) Objectifs, indications et modalités de sevrage du patient alcoolodépendant. Conférence de consensus du 17 mars 1999. Paris. (ANAES)
- 4) Huas D, Allemand H, Loiseau D, Pessione F et Rueff B. Prévalence du risque et des maladies liées à l'alcool dans la clientèle adulte du médecin généraliste. *Rev Prat* 1993; **203** : 39-44.
- 5) Pouchain D, Huas D, Druais PL et Wolff B. Implication des médecins généralistes dans la prévention. *Rev Prat MG* 1998 ; **440** : 31-37.