

UNIVERSITE Pierre-et-Marie-CURIE, PARIS-VI

FACULTE DE MEDECINE

Année 2016

N° 2016PA06GO48

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en : MEDECINE GENERALE

Par

Harold GONTARD

Né le 12 Janvier 1975 à Créteil (94)

Présentée et soutenue publiquement le : 20 septembre 2016

| |
|--|
| <p>STRATEGIES DE DIAGNOSTIC PRECOCE DES FORMES SEVERES DE MALADIE ALCOOLIQUE DU FOIE PAR L'UTILISATION DE TESTS NON INVASIFS : ENQUETE AUPRES DE MEDECINS GENERALISTES, D'ADDICTOLOGUES ET D'HEPATO-GASTROENTEROLOGUES EN ÎLE-DE-FRANCE.</p> |
|--|

Jury de thèse :

Présidente : Madame le Professeur Dominique THABUT

Monsieur le Professeur Philippe JAURY
Monsieur le Professeur Pierre NAHON
Madame le Docteur Florence VORSPAN

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jean-Baptiste TRABUT

REMERCIEMENTS

Je tiens tout particulièrement à remercier :

Monsieur le Docteur Jean-Baptiste TRABUT pour m'avoir aidé dans l'élaboration de ma thèse, orienté dans la recherche de l'intitulé exact de mon sujet et pour avoir accepté d'en assurer la direction ;

Madame le Professeur Dominique THABUT, monsieur le Professeur Philippe JAURY, monsieur le Professeur Pierre NAHON et madame le Docteur Florence VORSPAN d'avoir accepté d'être membres de mon jury ;

Madame le Docteur Hélène FONTAINE, hépatologue à l'hôpital Cochin (APHP), qui m'a fait bénéficier de son expérience en tant que chargée de projet du rapport HAS de décembre 2006 sur les Méthodes d'évaluation de la fibrose hépatique au cours des hépatopathies chroniques ;

Monsieur David BENOIST de la Bibliothèque interuniversitaire de Santé de PARIS, pour son aide dans ma recherche bibliographique ;

Les Docteurs Anne RATOUIS, Ariane CHRYSSOSTALIS, et l'équipe d'Addictologie de l'unité de l'hôpital Emile Roux qui m'ont aidé à la mise au point des questionnaires ;

Toutes les personnes qui m'ont accordé du temps pour répondre aux différentes questions soulevées par le sujet de ma thèse et qui m'ont apporté leur soutien et leur aide à la rédaction de ce travail de recherche ;

Les médecins qui ont bien voulu répondre à mon enquête ;

Les confrères qui m'ont apporté leurs conseils ;

Ma famille et mes amis pour leur soutien.

INTRODUCTION

La maladie alcoolique du foie (MAF) est la première cause de mortalité et de morbidité hépatique en France. Il s'agit, dans sa forme sévère, d'une affection inflammatoire et fibrosante avec un risque d'évolution vers la cirrhose et son risque de complications mettant en jeu le pronostic vital (p.ex.: rupture de varices œsophagiennes, décompensation œdémato-ascitique, carcinome hépatocellulaire). La prévalence de la cirrhose en France est comprise entre 2 000 et 3 000 cas par millions d'habitants, dont 75% liés à une consommation excessive d'alcool (Naveau 2005). Le risque de développement d'une cirrhose est corrélé à la quantité d'alcool consommée par jour ainsi qu'à la durée d'exposition. On estime que ce risque devient significatif à partir d'une consommation de 40 g/j pour un homme et de 30 g/j pour une femme pendant 15 ans ou plus (Naveau 2005). La cirrhose est cependant loin de toucher tous les buveurs excessifs et il semble que, même pour des consommations prolongées supérieures à 100 g/j, sa prévalence ne dépasse pas 30% (Naveau 2005). Les principaux cofacteurs d'évolution cirrhogène sont certains polymorphismes génétiques et la coexistence d'une hépatite virale ou d'un syndrome métabolique. L'existence de lésions de stéatose et surtout de stéato-hépatite (habituellement associé à une fibrose débutante) est également prédictive du développement ultérieur d'une cirrhose. Ainsi, chez un buveur excessif, si une biopsie normale permet d'exclure le risque de développement d'une cirrhose à moyen terme, ce risque devient proche de 10% en cas de stéatose et de 40% en cas de stéato-hépatite (Mathurin 2007).

La MAF est donc une pathologie fréquente et potentiellement grave à l'origine d'un poids économique important. Ce coût a été, par exemple, estimé au Portugal à 59,4 millions d'euros annuels représentant 2,4% des dépenses de santé hospitalières (Cortez-Pinto 2004). Si la prévalence de la MAF a plutôt baissé en France au cours des dernières décennies, elle est en augmentation dans d'autres pays d'Europe comme en Angleterre où elle a doublé entre 2003 et 2009 (National Health Service 2011).

La MAF est accessible à des mesures thérapeutiques dont la plus simple et la plus efficace est l'arrêt ou la diminution de la consommation d'alcool qui peut avoir un impact à tous les stades de son histoire naturelle. Avant le stade de la cirrhose, cela peut permettre une stabilisation, voire une régression de la fibrose. Le stade de cirrhose est habituellement considéré comme irréversible mais, à ce stade, l'arrêt de la consommation diminue le risque

de complications. Cet impact persiste au stade de cirrhose décompensée car, plus que le stade de la cirrhose, l'abstinence serait le facteur déterminant le plus important pour la survie à long terme dans les cirrhoses d'origine alcoolique (Verrill 2009).

Un diagnostic trop tardif reste cependant susceptible de grever le pronostic de la MAF. Le taux de survie des patients ayant une cirrhose décompensée n'est, en effet, que de 50% à 2 ans, mais il passe à 90% pour les patients ayant une cirrhose compensée (D'amico 2006). Il est donc préférable de diagnostiquer et de prendre en charge les buveurs excessifs à un stade précoce de leur maladie.

A ce titre, un repérage précoce des formes non symptomatiques et potentiellement sévères serait souhaitable mais il n'y a actuellement ni recommandation ni stratégie définie sur les modalités pour atteindre cet objectif. Cette lacune s'explique en partie par l'absence, jusqu'à récemment, d'outils diagnostiques non-invasifs performants pour cette pathologie.

Le diagnostic de cirrhose compensée est, en effet, difficile car l'examen clinique est souvent normal, les anomalies biologiques peu spécifiques et les examens morphologiques (échographie et endoscopie digestive) peu sensibles. L'examen diagnostique de référence reste la ponction biopsique hépatique (PBH) qui permet, non seulement, de faire le diagnostic de cirrhose mais aussi celui de lésions pré-cirrotiques telles que la stéato-hépatite. Il s'agit cependant d'un examen douloureux, invasif, avec un taux de morbidité de 3% et de mortalité de 0,3% (Nousbaum 2002), source d'anxiété pour le patient et le praticien (Bonny 2003, Poynard 1982). Cet examen est, de plus, sujet à un biais d'échantillonnage lié à la répartition hétérogène de la fibrose dans le foie (Bedossa 2003) et à la reproductibilité imparfaite de l'interprétation histologique inter-observateurs (Rousselet 2005), avec un risque de faux négatifs pour le diagnostic de cirrhose. Par ailleurs, la PBH nécessite une hospitalisation au coût estimé à 1 000 euros. Pour toutes ces raisons, elle ne peut être utilisée de façon systématique et difficilement répétée au cours du suivi.

De nouveaux outils non-invasifs de diagnostic et d'évaluation de la fibrose hépatique (panel de marqueurs sanguins, mesure de l'élastométrie hépatique) ont été récemment développés et seraient susceptibles de permettre une stratégie plus efficace dans la précocité du diagnostic, l'orientation et la prise en charge de la MAF. Ces outils, dont la validation par les autorités de santé pour la maladie alcoolique du foie est en cours, apportent de nombreux avantages par rapport à la PBH.

L'élastométrie hépatique est parfaitement indolore et non-invasive. Ce test peut être réalisé rapidement en ambulatoire. Il a une bonne corrélation avec les résultats de la PBH (Nahon 2008) et permet de détecter une fibrose extensive, en l'absence de signes cliniques ou biologiques évocateurs (Nguyen-Khac 2008). Il en est de même pour les marqueurs sanguins qui ne nécessitent qu'une prise de sang. Ces tests ont une excellente performance pour le diagnostic de fibrose significative (AUROC 0,96 pour le FibroMètre® et 0,95 à 0,97 pour l'élastométrie hépatique) (Boursier 2007).

Un test évocateur de cirrhose pourrait faire orienter un patient buveur excessif dans un protocole de recherche et de prise en charge des complications, sans nécessairement avoir recours, au préalable, à la PBH. Par ailleurs, il a été montré que le résultat positif d'un test diagnostique non invasif de fibrose hépatique pouvait motiver un patient buveur excessif à arrêter ou diminuer sa consommation d'alcool (Eyles 2013, Sheron 2013).

Un dépistage systématique de la MAF paraît envisageable, car celle-ci remplit les critères de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) des pathologies pouvant relever d'un tel dépistage : Il s'agit en effet d'une pathologie grave et fréquente, à l'origine d'un véritable problème de santé publique au coût humain et social important ; Le dépistage de la MAF apporterait un bénéfice à un stade de diagnostic précoce dans la mesure où il permettrait de sensibiliser un patient atteint d'une fibrose significative à diminuer ou arrêter sa consommation, permettant une régression ou une stabilisation de cette fibrose avant le stade grave et irréversible représenté par la cirrhose. Une fois validés dans la MAF, comme ils le sont dans les hépatites virales, les TNI seraient des tests fiables, peu onéreux, sensibles, non traumatisants, reproductibles et applicables à la population générale ou aux buveurs excessifs. De ce fait, un dépistage paraît possible et même souhaitable.

La prise en charge de la MAF peut impliquer des médecins spécialisés en médecine générale, en première ligne face au patient buveur excessif, mais aussi des addictologues, de formation initiale variée (psychiatres, hépato-gastroentérologues, généralistes) et des hépato-gastroentérologues. Il semble donc opportun de demander à ces différents spécialistes concernés quels seraient leurs rôles respectifs et leurs modalités propres de diagnostic de la maladie alcoolique du foie et d'orientation des patients buveurs excessifs.

L'objectif de ce travail est donc de faire un état des lieux des connaissances, des pratiques et des attentes autour de l'utilisation des outils diagnostiques non invasifs de fibrose hépatique chez les patients buveurs excessifs, par les principaux acteurs de la prise en charge médicale

de la MAF et du rôle qu'ils jouent et aimeraient jouer dans le contexte d'un diagnostic précoce voire d'un éventuel dépistage systématique organisé de cette pathologie. L'analyse de cet état des lieux nous amènera à proposer des pistes d'amélioration pour optimiser le parcours de soins dans l'hypothèse qu'une meilleure collaboration entre professionnels autour de ces nouvelles méthodes non invasives de diagnostic permettrait un diagnostic plus précoce des formes sévères de MAF et assurerait ainsi un meilleur pronostic aux patients qui en sont atteints.

MATERIELS ET METHODES

Il s'agissait de réaliser une étude descriptive au moyen de questionnaires spécifiques envoyés à trois échantillons de médecins hospitaliers et libéraux d'Île-de-France choisis par tirage au sort. Il y avait un échantillon de médecins généralistes, un échantillon d'addictologues et un échantillon d'hépto-gastroentérologues.

Questionnaires

Nous avons établi un questionnaire pour chaque spécialité médicale. Ces trois questionnaires ont été créés sur internet avec le logiciel Google Form®.

Une première ébauche des questionnaires a été établie par brainstorming, en suivant le cheminement logique de l'introduction et de la question posée sur les stratégies d'utilisation des outils diagnostic non invasifs de fibrose dans la MAF. Plusieurs entretiens avec différents spécialistes (addictologues, généralistes, hépto-gastroentérologues, hospitaliers et libéraux) choisis par liens de proximité, ont ensuite permis de préciser des pratiques attendues et ainsi d'orienter plus précisément les questionnaires en fonction des particularités de chaque spécialité médicale. Un exemplaire de chaque questionnaire se trouve en annexe.

On peut distinguer trois grandes parties dans chaque questionnaire. Une première partie permettait de préciser les caractéristiques socio-professionnelles des spécialistes interrogés (questions 1 à 6 : âge, sexe, modalités d'exercice...), l'activité addictologique des praticiens (questions 7 à 9 : formation et expérience en alcoologie, fréquence des patients buveurs excessifs vus en consultation...), les connaissances et la prise en charge générale du buveur excessif et de la MAF (questions 10 à 15), puis les représentations des praticiens sur les liens entre consommation alcoolique et fibrose hépatique (questions 16 à 18). La deuxième partie aborde plus précisément la connaissance des TNI, les indications et leurs modalités pratiques d'utilisation (questions 19 à 27) selon les praticiens. La troisième partie renseigne sur les attentes et les obstacles rencontrés par les praticiens dans le diagnostic précoce ou un éventuel dépistage de la MAF (questions 28 à 33).

Médecins ciblés

Le recueil des réponses a commencé en novembre 2014 et a été arrêté en avril 2015. Les médecins ont été contactés par courrier postal, puis éventuellement directement par

démarchage téléphonique, par fax et enfin par courriel. Nous leur avons alors communiqué un lien internet vers le questionnaire en ligne correspondant à leur spécialité.

Les médecins contactés ont été choisis au hasard dans les listes de chaque spécialité, en Île-de-France, dans l'annuaire du conseil de l'ordre des médecins, consultable sur le site internet de celui-ci. Nous avons exclu les praticiens de formation initiale généraliste exerçant quasi-exclusivement une autre spécialisation que la médecine générale (acupuncture, homéopathie, mésothérapie, SOS médecins, gériatrie, pédiatrie, allergologie, ostéopathie, médecine du sport, phlébologie ...). Les adresses internet répertoriées, pour l'Île-de-France, dans l'annuaire de la société française d'alcoologie (édition 2014) ont été utilisées pour diffuser le questionnaire aux addictologues. Les questionnaires ont également été diffusés en utilisant la mailing liste du SAMI 94 (service médical d'accueil initial du Val-de-Marne) pour les médecins généralistes.

Recueil des réponses et calculs statistiques

Pour chaque questionnaire, les réponses ont été enregistrées en ligne automatiquement et répertoriées dans un fichier Excel® lié au logiciel Google Form®. Les résultats sont donnés en effectifs des sujets répondants aux questionnaires, avec le pourcentage correspondant. Les calculs statistiques ont été effectués en utilisant le site internet biostaTGV® (<http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>). Nous avons utilisé le test du Chi-2, quand celui-ci était faisable, pour comparer deux à deux les résultats entre les différentes spécialités médicales. A défaut, nous avons utilisé le test exact de Fischer.

Pour hiérarchiser les principaux obstacles qui s'opposaient, selon les praticiens ayant répondu au questionnaire, à la généralisation du diagnostic précoce de la MAF, nous avons pondéré les résultats de la question 30 (« *Selon vous, quels sont les principaux obstacles au diagnostic précoce de la maladie alcoolique du foie chez les buveurs excessifs ?* ») : Ainsi, nous avons attribué 2 points par réponse « très important », 1 point par réponse « assez important » et 0 point par réponse « pas important » ou « ne se prononce pas ». Le total des points pour chaque *item* permettait de les classer par ordre d'importance pour l'ensemble des praticiens ayant répondu, ainsi que par spécialité (Figure 1).

RESULTATS

Caractéristiques sociodémographiques des praticiens ayant répondu à l'enquête (Tableau 1, p. 30)

Notre étude comporte trois échantillons : un échantillon de médecins généralistes ($n = 65$), un échantillon d'hépatogastroentérologues ($n = 43$) et un échantillon d'addictologues ($n = 43$). Nos échantillons sont quelque peu différents de la population générale d'Île-de-France, pour ces spécialités médicales (Conseil National de l'Ordre des Médecins 2015).

En effet, parmi les médecins qui ont répondu aux questionnaires, on a pu noter que les médecins généralistes et les hépatogastroentérologues étaient en moyenne plus jeunes (âges moyens respectifs : IC 95% = 43,7 ans +/- 3,4 et 43,0 ans +/- 3,1) que dans la population générale (respectivement 53,0 et 52,0 ans). La proportion de femmes hépatogastroentérologues était significativement plus élevée que dans la population générale des hépatogastroentérologues (51,2 vs. 35,5%, $p < 0,05$) (Q. 1). Les généralistes avaient surtout une activité en cabinet de ville (86,1%), contrairement aux hépatogastroentérologues qui avaient une activité surtout hospitalière (62,8%) ($p < 0,00001$) (Q. 3). Une proportion importante des hépatogastroentérologues était hépatologue (41,8%). Même si l'on ne dispose pas de données spécifiques sur ce point, cette proportion est vraisemblablement plus élevée que dans la population générale des hépatogastroentérologues franciliens.

Les addictologues de notre échantillon avaient une moyenne d'âge de 46,9 ans +/- 3,1 (Intervalle de Confiance de 95%) avec une proportion de 47,5% de femmes. Ils avaient surtout une formation initiale de médecins généralistes (55,8%) ou de psychiatres (27,9%) (Q. 4) et une activité ambulatoire (69,7%). On ne dispose pas de données sociodémographiques spécifiques concernant la population des addictologues en France auxquelles comparer ces résultats.

Activité addictologique (Tableau 2, p. 31)

Les addictologues ayant répondu traitaient majoritairement des addictions alcooliques (60,4%) ou mixtes (32,5%). Peu de médecins généralistes interrogés (10,8%) ont déclaré avoir des compétences particulières en addictologie. Les addictologues voyaient significativement plus de buveurs excessifs que les hépatogastroentérologues ($p < 0,00001$ pour la fréquence « très souvent » ; $p = 0,04$ pour la fréquence « souvent »), qui eux-mêmes

en voyaient plus que les généralistes interrogés ($p = 0,007$, significatif pour une répartition entre « souvent » ou « très souvent » vs. « rarement » ou « jamais ») (Q. 9).

Prise en charge de la MAF (Tableau 3, p. 32 et p. 33)

La majorité des hépato-gastroentérologues déclarait recevoir des buveurs excessifs adressés pour des anomalies du bilan hépatique (72,1%) ou pour une cirrhose (69,7%). Ils leur étaient moins souvent adressés pour une symptomatologie digestive liée à l'alcool (41,8%).

Concernant les propositions faites aux buveurs excessifs, les généralistes (75,4%) et les hépato-gastroentérologues (57,1%) donnaient surtout des conseils pour réduire la consommation d'alcool, avec une différence significative en faveur des généralistes ($p = 0,03$) (Q. 11). Ils orientaient aussi volontiers vers une consultation d'addictologie (69,2% pour les généralistes et 69,0% pour les hépato-gastroentérologues). Les médecins généralistes proposaient un sevrage ou un contact avec une association d'anciens buveurs plus souvent que ne le faisaient les hépato-gastroentérologues. Ainsi, 35,4% des généralistes proposaient un sevrage contre environ 11% des hépato-gastroentérologues ($p = 0,006$) et 21,5% des médecins généralistes proposaient le contact d'une association d'anciens buveurs contre aucun des hépato-gastroentérologues participants (Q. 11).

Concernant le bilan complémentaire jugé nécessaire chez le buveur excessif, les généralistes prescrivaient plus souvent l'échographie abdominale (78,5%), un bilan hépatique complet (76,9%) et un taux de prothrombine (61,5%). Les addictologues prescrivaient globalement un plus grand nombre d'examen que les généralistes. Ils prescrivaient en effet plus souvent le bilan hépatique (100%, $p < 0,0006$), le taux de prothrombine (88,3%, $p = 0,002$), ainsi que la NFS (90,6%), le bilan lipidique (86%), la glycémie à jeun (83,7%), et les sérologies virales (83,7%) (Q. 12).

Les uns comme les autres prescrivaient assez peu les tests sanguins de fibrose, les généralistes prescrivant cependant plus les tests sanguins que les addictologues (respectivement 30,7% contre 2,3%) ($p = 0,0003$) (Q. 12, suite du tableau 3, p. 33).

Les hépato-gastroentérologues étaient nombreux (74,4%) à rechercher la MAF en début de prise en charge du buveur excessif. Les addictologues étaient moins nombreux (41,8%) à la rechercher en début de prise en charge ($p = 0,002$) et 18,6% déclaraient ne jamais la rechercher contre un seul (2,3%) des hépato-gastroentérologues ($p = 0,03$) (Q. 13). Très peu

de ces spécialistes recherchaient la MAF après sevrage alcoolique (6,9% des addictologues et 2,3% des hépato-gastroentérologues, NS).

Les hépato-gastroentérologues (85,7%) situaient plus souvent le seuil de consommation à risque de développer une fibrose à 4 unités standard d'alcool par jour, que les généralistes (66,1%, $p < 0,02$) qui eux-mêmes le situaient plus souvent à ce niveau que les addictologues (51,1%, $p < 0,001$) (Q. 14).

Les hépato-gastroentérologues pensaient très majoritairement (81%) que les indications actuelles de la PBH étaient peu fréquentes (62%) ou exceptionnelles (19%) (Q. 15).

Conséquences du diagnostic de MAF, consommation alcoolique et fibrose hépatique (Tableau 4, p. 34)

Les addictologues (65,1%) comme les généralistes (57,1%) adressaient majoritairement à un autre spécialiste pour la recherche des complications d'une cirrhose (NS) (Q. 16). Les addictologues et les hépato-gastroentérologues pensaient plus fréquemment (respectivement dans 61,9% et 58,1% des cas) que les médecins généralistes (30,8%) qu'un diagnostic de fibrose pouvait « souvent » ou « très souvent » avoir un impact sur sa consommation d'alcool (tableau 4). En revanche, la majorité des addictologues (57%) et des hépato-gastroentérologues (54,7%) pensaient qu'il n'y avait que « rarement » ou « jamais » de régression de fibrose à l'arrêt de la consommation d'alcool (Q. 18).

Connaissances et indications des TNI (Tableau 5, p. 35)

Les TNI sont mieux connus des addictologues que des généralistes : 40% des généralistes vs 28% des addictologues ne connaissaient pas les tests sanguins spécifiques et 30,8% des généralistes vs 16,3% des addictologues ne connaissaient pas l'élastométrie hépatique (Q. 19 et Q. 20).

Les addictologues ont déclarés majoritairement prescrire « rarement » ou « jamais » les TNI (58,1%) (Q. 21). Ils pensaient majoritairement qu'il était plus opportun de prescrire les TNI avant et après sevrage (53,6% : $p < 0,02$), contrairement aux hépato-gastroentérologues qui étaient majoritairement en faveur d'une prescription après sevrage (54,7% : $p = 0,0005$) (Q. 22).

Les hépato-gastroentérologues (64,2%) et les addictologues (58,1%) jugeaient d'un faible intérêt la prescription des TNI chez le buveur excessif ayant un bilan biologique normal (Q.

23.a). Les réponses étaient plus hétérogènes dans le cas d'une augmentation isolée des gammas GT (Q. 23.b). En revanche, une augmentation des transaminases ainsi que des anomalies biologiques régressives après sevrage semblaient des indications « assez bonnes » ou « très bonnes » pour les addictologues et les hépato-gastroentérologues (respectivement 86% et 76,2% concernant l'augmentation des transaminases et respectivement 74,4% et 69% concernant les anomalies biologiques régressives après sevrage, sans différences significatives entre ces deux spécialistes) (Q. 23.c et Q. 23.d).

Une cirrhose évidente semblait une « très bonne » indication pour les addictologues (46.5%), et, à l'opposé, d' « intérêt plutôt faible » pour les hépato-gastroentérologues (66.7%), ($p = 0,00008$ pour « l'intérêt faible » et $p = 0,003$ pour l'indication « très bonne ») (Q. 23.e).

Modalités pratiques d'utilisation des TNI (Tableau 6, p. 36)

Les hépato-gastroentérologues étaient une majorité (56,1%) à demander les deux types de TNI lorsque cela était possible et prescrivait majoritairement (39%) l'élastométrie hépatique seule contre 2,4% pour les tests sanguins seuls (Q. 24).

En revanche, les généralistes et les addictologues n'en prescrivait le plus souvent aucun des deux. Les différences observées étaient significatives avec respectivement 41,9% des addictologues ($p < 0,00001$) et 52,4% des généralistes ($p = 0,00004$) contre un seul hépato-gastroentérologue (2,4%) (Q. 24).

Les addictologues de formation initiale psychiatrique représentaient près du tiers des addictologues de mon étude et participaient donc pour beaucoup aux résultats de ce groupe dans la connaissance et la prescription des TNI. L'étude statistique complémentaire des sous-groupes montre que les addictologues de formation initiale psychiatrique connaissaient moins l'élastométrie hépatique et prescrivait beaucoup moins les TNI que les addictologues initialement généralistes (respectivement $p = 0,001$ et $p < 0,05$). En effet, parmi les addictologues de formation initiale psychiatrique seuls 5 contre 6 connaissaient l'élastométrie hépatique alors qu'ils étaient 23 contre 1 parmi les addictologues de formation généralistes (Q. 4 et Q. 20). Parmi les addictologues de formation initiale psychiatrique, 10 (sur un total de 11) ne prescrivait pas les TNI alors que parmi les addictologues qui avaient une formation initiale généraliste, ils étaient 12 (sur un total de 24) à ne pas prescrire les TNI.

Les généralistes répondaient majoritairement qu'ils ne prescrivait pas assez d'élastométrie hépatique pour se forger une opinion sur la facilité d'accès (63,1%) et le délai nécessaire (66,7%) à cet examen (Q. 26 et Q. 27).

Les hépato-gastroentérologues déclaraient majoritairement avoir facilement accès à cet examen (85,7%) et l'obtenaient le plus souvent dans un délai de moins d'un mois (83,3%). Les addictologues semblaient trouver l'accès plus difficile à cet examen avec des réponses hétérogènes : 47,6% déclaraient avoir un accès facile vs. 28,6% qui en trouvaient l'accès difficile. L'accès à l'élastométrie hépatique semblait cependant plus facile pour les hépato-gastroentérologues que pour les addictologues, avec en particulier une différence statistiquement significative pour ce qui était de l'accès à cet examen au sein même de leur structure de travail ou cabinet ($p = 0,0002$) (Q. 26).

Diagnostic précoce et dépistage de la MAF (Tableau 7, p. 37 et tableau 7 bis, p. 38)

Les trois spécialités médicales plébiscitaient l'importance d'un diagnostic précoce de la MAF : 79,0% des hépato-gastroentérologues, 69,7% des addictologues et 67,7% des généralistes jugeaient celui-ci « très important » avec des différences observées inter-spécialités, statistiquement non significatives (Q. 28). Le besoin de recommandations était jugé également important par tous les praticiens, sans différence statistique significative (Q. 29). Seulement 6,9% des hépato-gastroentérologues, 7% des addictologues et 6,2 % des généralistes considéraient ce besoin comme « pas vraiment important ».

Les résultats sur les obstacles au diagnostic précoce de la MAF selon les praticiens (Q. 30, tableau 7 bis, p. 38), sont représentés hiérarchisés selon leur importance sur la figure 1 (p. 39). Les résultats à cette question sont présentés ci-après par ordre d'importance globale décroissante.

Les généralistes jugeaient l'observance du patient comme un obstacle « très important » (57,8%), contre 33,3% des addictologues et contre 37,2% des hépato-gastroentérologues (respectivement $p < 0,00003$ et $p = 0,003$) (Q. 30.c).

66,7% des généralistes, 72,1% des addictologues et 79% des hépato-gastroentérologues déclaraient que l'absence de recommandations était un obstacle « assez » ou « très important » (Q. 30.e).

62,5% des généralistes, 55,8% des addictologues et 72% des hépato-gastroentérologues déclaraient que l'absence d'intérêt général pour le diagnostic précoce de la MAF était un obstacle « assez » ou « très important » (Q. 30.f).

Les généralistes ressentait plus de difficultés à aborder le sujet de l'alcool que les autres spécialités : 35,9% d'entre eux jugeaient cet obstacle « très important » vs. 16,6% des hépato-gastroentérologues ($p = 0,03$) ; 76,5% des généralistes trouvaient cet obstacle « assez » ou « très important » vs. 46,4% des addictologues ($p = 0,001$) (Q. 30.b).

L'accessibilité des TNI semblait moins un obstacle pour les hépato-gastroentérologues que pour les autres spécialistes. En effet, 53,5% des hépato-gastroentérologues ne considéraient pas cet obstacle comme important, contre 28,6% des généralistes ($p < 0,01$) et 21,4% des addictologues ($p < 0,002$) (Q. 30.d).

L'absence de tests diagnostiques fiables semblait plus un obstacle pour les hépato-gastroentérologues que pour les généralistes et les addictologues : en effet, 54,7% des hépato-gastroentérologues considéraient cet obstacle « assez » ou « très important » contre 23,8% des addictologues ($p = 0,003$) et 31,1% des généralistes ($p = 0,01$) (Q. 30.a).

Le besoin d'un dépistage paraissait plus nécessaire aux hépato-gastroentérologues qu'aux généralistes : 41,8% d'hépato-gastroentérologues jugeaient ce dépistage absolument nécessaire vs 12,9% des généralistes ($p = 0,0007$) (Q. 31, tableau 7, p. 37).

Dans cet éventuel dépistage, les généralistes auraient souhaité surtout détecter les buveurs excessifs (66,1%) et diagnostiquer une atteinte hépatique par un bilan de base (73,8%). Ils étaient moins nombreux à vouloir prescrire un TNI (35,4%) (Q. 32).

Une majorité d'hépato-gastroentérologues pensait que, dans le cadre d'un dépistage, le TNI le plus approprié serait l'élastométrie hépatique (58,1%) (Q. 33).

DISCUSSION

1. Importance de la question du diagnostic précoce de la MAF

L'importance du diagnostic précoce de MAF ne faisait pas débat pour les différents spécialistes interrogés qui étaient, en effet, 70 à 80% à qualifier ce diagnostic de « très important » (Q. 28). D'ailleurs, la quasi-totalité des gastroentérologues recherchait la MAF au début de la prise en charge des patients buveurs excessifs puis régulièrement (Q. 13). Cette recherche était également faite par la majorité des addictologues mais avec cependant une proportion non négligeable (environ 20%) qui ne la faisait pas (Q. 13).

On retrouve aussi une moins bonne connaissance des généralistes et des addictologues du seuil journalier de consommation alcoolique à risque de fibrose communément admis de 40 gr/j (Q. 14). Environ un tiers des généralistes ne connaissait pas ou ne situait pas correctement le seuil de consommation à risque de fibrose, alors même que la consommation déclarée paraît la méthode la plus simple et semble la plus adaptée à un usage systématique en médecine générale pour repérer un buveur excessif (Daepfen 2003). De façon surprenante, les addictologues, qui voyaient plus de buveurs excessifs en consultation que les généralistes et les gastroentérologues, connaissaient moins bien ce seuil. De plus, les généralistes prescrivaient moins bien une NFS ou un bilan de coagulation, alors que la thrombopénie et la baisse du TP sont les anomalies biologiques les plus précoces permettant de suspecter une cirrhose (Q. 12).

La faible utilisation des TNI dans ce contexte était, elle aussi, très symptomatique d'un possible désintérêt pour le diagnostic précoce de la MAF. Seuls les hépatogastroentérologues, dont on avait présumé que tous connaissaient les TNI, les prescrivaient régulièrement dans le contexte de la MAF. Nombre d'addictologues et de généralistes ne connaissaient cependant pas les TNI et, même lorsqu'ils les connaissaient, ne les prescrivaient que très peu dans le contexte de la MAF.

Les généralistes étaient 40% à ne pas connaître les tests sanguins spécifiques et 30,8% ne connaissaient pas l'élastométrie hépatique (Q. 19 et Q. 20). Parmi les généralistes qui connaissaient les scores sanguins ou l'élastométrie hépatique, 46,1% ne les prescrivaient cependant pas (Q. 24). Ces résultats confirment globalement ce que rapportait la thèse d'Anne-Hélène Paillocher-Boursier (Paillocher-Boursier 2008), concernant les connaissances

des TNI par les généralistes : D'après cette étude, réalisée dans le Maine-et-Loire, près de 40% des généralistes n'avaient pas entendu parler des scores sanguins et plus du tiers de l'élastométrie hépatique. Ces chiffres similaires suggèrent que la connaissance des TNI a peu progressé auprès des généralistes au cours des huit années qui séparent ces deux enquêtes.

Dans notre étude, les addictologues étaient 28% à ne pas connaître les tests sanguins spécifiques et 16,3% ne connaissaient pas l'élastométrie hépatique ; parmi ceux qui connaissaient les scores sanguins ou l'élastométrie hépatique, 35,9% ne les prescrivaient pas. Ces résultats sont d'autant plus surprenants chez les addictologues, qui traitaient majoritairement des addictions alcooliques (60,4%) ou mixtes (32,5%) et voyaient plus de buveurs excessifs en consultation que les médecins généralistes et les hépatogastroentérologues. L'étude statistique complémentaire des sous-groupes montre que les addictologues de formation initiale psychiatrique connaissaient moins l'élastométrie hépatique et prescrivaient beaucoup moins les TNI que les addictologues initialement généralistes.

2. Obstacles au diagnostic précoce de la MAF (figure 1)

Quels sont donc les obstacles rencontrés par ces praticiens qui plébiscitaient cependant l'importance d'un diagnostic précoce de la MAF ?

Les principaux obstacles au diagnostic précoce de MAF sont fournis par la question n° 30 et nombreux étaient ceux jugés importants par les praticiens. Ils sont discutés ci-après, par ordre d'importance globale décroissante :

2.1. Problème de l'observance du patient

Les praticiens étaient plutôt pessimistes quant à l'observance des buveurs excessifs. On peut, en effet, être tenté de suspecter une plus grande négligence chez le patient souffrant d'addiction, qui mettrait en échec toute velléité de diagnostic précoce. Autrement dit, l'alcoolodépendance favoriserait la non-observance des patients aussi bien dans la réalisation des examens complémentaires que dans le suivi et, par la suite, dans le traitement éventuel de cette pathologie. Ce préjugé serait, pour le praticien, un facteur décourageant pour la recherche d'une MAF. Sans grande surprise, les addictologues étaient significativement moins pessimistes sur ce point que les généralistes ou les gastroentérologues.

2.2. Absence de recommandations

La plupart des praticiens, quelle que soit leur spécialité, déclarait que l'absence de recommandations était un obstacle important au diagnostic précoce de la MAF et qu'ils en avaient un besoin très important (Q. 29). L'HAS, qui a validé les TNI dans le cadre des hépatites virales, et notamment dans l'hépatite C, ne l'a pas fait pour la MAF, et n'a donc pas émis de recommandations sur leur utilisation dans ce contexte.

On peut évoquer plusieurs facteurs expliquant ce retard à la validation de l'utilisation des TNI dans la MAF. Tout d'abord, les demandes et les attentes du corps médical étaient importantes dans le cadre de l'hépatite C, et sont actuellement au contraire probablement plus diffuse pour la MAF : il semble en effet que les hépato-gastroentérologues, les addictologues et les généralistes ne soient pas très rassemblés autour de cette demande. La validation des TNI dans l'hépatite C a de plus bénéficié du lobbying d'associations de patients demandant une meilleure prise en charge de cette pathologie. Il n'y a pas le même type de lobbying pour la MAF, les associations d'anciens buveurs étant plus impliquées dans l'accompagnement des patients ayant fait le choix de l'abstinence que dans une démarche de promotion de la réduction des risques associés à la consommation d'alcool.

De plus, la nécessité de stratifier le degré de fibrose dans l'hépatite C apparaît évidente car c'est un des paramètres dont dépend l'indication du traitement d'éradication virale. C'est moins le cas de la MAF où beaucoup de médecins pensent que l'arrêt de la consommation alcoolique dans ce contexte est préconisé quel que soit le stade de celle-ci, ce qui semble limiter l'intérêt de grader la fibrose d'origine alcoolique.

Cet argument ne prend cependant pas en compte l'impact motivationnel du stade de fibrose diagnostiqué sur la consommation alcoolique du patient. Or, les deux tiers des généralistes de notre étude étaient pessimistes quant à l'existence d'un tel impact motivationnel (Q. 17). La thèse Paillocher-Boursier retrouvait inversement 88,7% de généralistes optimistes quant à l'impact d'un diagnostic de cirrhose sur la consommation du buveur excessif. On peut proposer deux explications à cette discordance : d'une part, notre question parlait de MAF en général alors que la question posée dans la thèse Paillocher-Boursier parlait de cirrhose, diagnostic plus grave et, à ce titre, plus susceptible d'avoir un impact motivationnel. D'autre part, Anne-Hélène Paillocher-Boursier avait utilisé une question à choix fermé (réponse par oui ou non) alors que notre question était plus graduée, laissant plus de champ aux

médecins pour exprimer un certain scepticisme. Peu d'études ont évalué un tel impact mais une étude anglaise a récemment suggéré qu'un diagnostic de fibrose sévère pouvait motiver des buveurs excessifs à diminuer leur consommation (Scheron 2013).

L'ensemble de ces paramètres explique le retard relatif dans les recherches visant à valider les TNI dans la MAF et à satisfaire aux critères émis par l'HAS qui sont relativement stricts (comparaison à la biopsie, patients consécutifs, absence de comorbidité, population homogène et absence de stéato-hépatite non-alcoolique). Les résultats récemment présentés d'une étude française sembleraient permettre d'atteindre ces critères. La communauté médicale doit se mobiliser dans son ensemble pour que cette validation soit effective et débouche sur des recommandations dont notre étude montre qu'elle correspond à une attente de nombreux praticiens. En retour, l'existence de recommandations pourrait sensibiliser les praticiens à la prise en charge de cette pathologie et les inciter à se former sur ce sujet.

2.3. Manque d'intérêt général pour le diagnostic de MAF

Selon de nombreux praticiens, le diagnostic précoce de la MAF souffrait d'un manque d'intérêt général (Q. 30.f). Il semble qu'ils attribuaient ce manque d'intérêt en grande partie à leurs confrères puisqu'ils estimaient eux mêmes que la précocité de ce diagnostic était importante quand on leur posait directement la question.

Les réponses positives à cette question témoignent des différents obstacles à une reconnaissance générale de la MAF. En effet, la mauvaise observance supposée du patient buveur excessif et la difficulté d'aborder la problématique alcoolique avec lui, associées au manque de recommandations de prise en charge, ne favorisent pas l'intérêt général pour cette pathologie.

2.4. Problème de l'abord de l'alcool en consultation

Notre étude montre que la difficulté d'aborder le sujet de l'alcool était pour les généralistes un obstacle « assez » ou « très important » (76,5%) au diagnostic précoce de la MAF (Q. 30). Ce chiffre était significativement plus élevé que pour les autres spécialistes. Un praticien aura plus ou moins de facilité à aborder le sujet de l'alcool avec un buveur excessif selon que celui-ci en sera à un stade avancé dans sa prise de conscience et de sa compréhension de sa problématique alcoolique. Il semble effectivement plus facile d'en parler avec un patient qui consulte d'emblée pour un motif de consultation lié à une consommation excessive d'alcool.

C'est pourquoi cela semble naturellement plus facile pour les addictologues qui voient plus de patients buveurs excessifs, ou pour les hépato-gastroentérologues, pour beaucoup hépatologues, qui voient proportionnellement plus de pathologies d'origine alcoolique (Q. 9).

2.5. Accessibilités des TNI

Plus du tiers des généralistes n'avaient pas d'avis sur cette question et un autre tiers trouvait l'accès plutôt difficile, mais beaucoup ne les connaissaient et ne les prescrivait pas. Les addictologues qui en prescrivait moins que les hépato gastroentérologues, déclaraient avoir plus de difficultés d'accès à l'élastométrie hépatique dans leur structure d'exercice que les hépato-gastroentérologues (Q. 26) qui étaient, pour la plupart, hospitaliers. Des efforts de collaboration entre ces spécialistes pourraient faciliter l'accès aux TNI, dans le cadre d'une prise en charge globale du buveur excessif.

2.6. Fiabilité des tests diagnostics actuels

La question de la fiabilité des tests était, de façon logique, plus évoquée par les hépato-gastroentérologues, plus au fait de la littérature sur cette question. La publication très prochaine d'une étude supplémentaire sur ce sujet pourrait bien faire reculer la réticence de certains spécialistes.

Enfin, nous n'avons pas étudié l'obstacle du non-remboursement des TNI dans la MAF, qui pourrait bien être assez rédhibitoire pour certains patients, s'ajoutant au problème de l'observance.

3. Proposition de solutions et de modalités pratiques pour le diagnostic précoce de la MAF

3.1. Recommandations

La fiabilité des TNI dans le contexte de la MAF semble en cours de validation, et il ne tiendrait alors qu'aux sociétés savantes d'établir des recommandations claires afin d'encadrer leur prescription.

3.1.1. Quelle population pour le diagnostic précoce

Dans la population générale de patients apparemment sains de plus de 40 ans, plusieurs études ont montré l'intérêt de l'utilisation des TNI dans le diagnostic précoce de la MAF. Ainsi, dans cette population, les TNI ont permis d'estimer la prévalence d'une fibrose hépatique extensive à 2,8% et d'identifier plusieurs facteurs de risque qui pourraient bien

être utilisés pour des stratégies de détection (Poynard 2010). L'élastométrie hépatique et le FibroTest® se sont tous les deux révélés des outils prometteurs pour détecter des cirrhoses et des maladies chroniques du foie dans la population générale (Poynard 2010, Roulot 2011). Ces stratégies diagnostiques seraient peut-être plus efficaces sur des populations ciblées : la population addictologique semble particulièrement intéressante du fait de la combinaison d'une forte prévalence de la MAF et de l'hépatite C. Une étude française sur 208 patients ayant une conduite addictive a permis de confirmer que la mesure de la dureté hépatique par élastométrie était un outil efficace pour le diagnostic et le dépistage de la fibrose hépatique chez ces patients. La diminution de l'élastométrie hépatique au cours du sevrage alcoolique pourrait notamment servir d'outil motivationnel (Lahmek 2014).

3.1.2. Indications des TNI dans le diagnostic précoce

Concernant les indications des TNI (Q. 23) chez le buveur excessif, les addictologues et les hépato-gastroentérologues convenaient du faible intérêt de la prescription des TNI chez le buveur excessif ayant un bilan biologique normal (64,2% des hépato-gastroentérologues et 58,1% des addictologues). Il semble en effet raisonnable de s'attendre à ce que l'élastométrie hépatique soit fréquemment normale dans le contexte d'un bilan biologique normal bien qu'il n'y ait pas encore de données établies permettant de dire que cet examen n'a aucun intérêt dans ce contexte. Cependant, une étude réalisée par élastométrie hépatique, dans un cabinet médical, sur 56 patients, avait montré que certains patients alcoolodépendants ne présentaient pas de marqueurs biologiques d'atteinte hépatique (transaminases, volume globulaire moyen (VGM) et transferrine désyalilés normaux), mais avaient cependant une fibrose marquée (Noss 2015). Une cirrhose évidente semblait une « très bonne » indication pour les addictologues (46,5%), ce qui ne paraissait pas très pertinent dans le contexte d'un diagnostic précoce (Q. 23.e).

Les hépato-gastroentérologues répondaient majoritairement que, dans le cadre d'un dépistage, le TNI le plus approprié serait l'élastométrie hépatique (Q. 33) tandis que les indications actuelles de la PBH leur paraissaient surtout peu fréquentes à exceptionnelles (Q. 15). Ils étaient d'ailleurs une majorité (56,1%) à demander les deux types de TNI lorsque cela était possible et prescrivaient majoritairement (39%) l'élastométrie hépatique seule contre 2,4% pour les tests sanguins seuls (Q. 24). L'intérêt de cette double prescription ne semble cependant pas établi dans le cadre de la MAF (Nguyen-Khac 2008).

Plusieurs études montrent que la valeur d'élastométrie hépatique diminue après sevrage alcoolique chez des patients atteints de MAF (Mueller 2010, Gelsi 2011, Trabut 2012). Cette décroissance a soulevé la crainte d'un risque de faux positifs lorsque la mesure d'élastométrie est réalisée à proximité du sevrage, notamment en cas d'activité inflammatoire trop marquée. Cela pourrait expliquer que les hépato-gastroentérologues, plus au courant de ces études, soient majoritairement en faveur d'une prescription seulement après sevrage (54,7%), alors que 53,6% des addictologues pensaient qu'il était plus opportun de prescrire les TNI avant et après sevrage (Q. 22). Il n'y a pas de consensus cependant sur le meilleur moment pour réaliser les TNI. Mueller *et al.* suggèrent, qu'au décours du sevrage alcoolique, il est préférable d'attendre que la cytolysse diminue et que les SGOT soient inférieures à 100 U/ml (Mueller 2010). Cette stratégie n'a pas été confirmée par des équipes indépendantes ; elle complique la prise en charge et expose dans notre expérience à un risque de sous-estimation des lésions (données non publiées). Même si des études complémentaires semblent nécessaires pour optimiser l'interprétation de l'élastométrie par le spécialiste, les données déjà disponibles semblent montrer des résultats suffisamment fiables dans le cadre du dépistage des patients à risque d'hépatopathie sévère lorsque les TNI sont réalisés rapidement au décours du sevrage.

3.2. Formation spécifique et adaptée à la pratique clinique

Dans notre étude, la problématique alcoolique ne semblait pas bien identifiée par les médecins généralistes, dont 55,5% déclaraient ne voir que rarement des buveurs excessifs en consultation (Q. 9). Les généralistes restent cependant naturellement en première ligne dans la prise en charge du buveur excessif au stade précoce de la problématique alcoolique. C'est ce que montre une étude britannique rétrospective sur des patients buveurs excessifs dont le diagnostic de cirrhose avait été fait à l'hôpital de Southampton entre 1995 et 2000 : ces patients avaient auparavant consulté leur médecin généraliste deux fois par an en moyenne alors que seulement 33% d'entre eux avaient été hospitalisés pour un motif lié à l'alcool (Verrill 2006). Cette étude souligne que les médecins généralistes ont beaucoup plus d'opportunités que les médecins hospitaliers pour détecter les patients à risque de développer une cirrhose. Une formation adéquate s'attacherait à sensibiliser les généralistes sur leur rôle essentiel, en première ligne, dans la détection des buveurs excessifs.

L'état des connaissances et des obstacles cités précédemment nécessitent une formation spécifique qui, pour être pleinement efficace, devrait s'adosser aux recommandations que l'on vient de discuter. Cette formation se placerait dans la continuité de programmes déjà existants et notamment ceux visant à diffuser les principes de l'intervention brève auprès des médecins généralistes utilisant notamment des questionnaires spécifiques tel que le DETA, le FACE ou l'AUDIT.

Une meilleure connaissance des seuils de consommation à risque pour la MAF ainsi que des TNI pourrait aider les médecins généralistes à aborder la problématique alcool avec leurs patients. Une étude britannique (Cook 2015) de détection précoce de la MAF dans le milieu du travail souligne, en effet, qu'aborder la consommation alcoolique d'un patient dans le cadre d'un bilan général de santé est moins stigmatisant qu'une enquête spécifique, et que, dans le milieu professionnel, cela pourrait prévenir des coûts sanitaires et sociaux importants.

Par ailleurs, contrairement à ce qui est souvent cru, une personne dépendante peut modifier son comportement sans aide médicale spécialisée (Dawson 2005) et l'annonce d'un diagnostic de MAF pourrait très bien en être l'élément déclencheur. La MAF présente cette particularité que sa simple connaissance par le patient peut avoir un effet déterminant sur son traitement.

Il faudrait un effort de formation et de sensibilisation des addictologues qui sont loin de tous connaître les TNI et peu nombreux à les utiliser. Notre étude met notamment en évidence une différence de connaissance des TNI par les addictologues psychiatres d'origine, tendanciellement moins somaticiens que leurs homologues issus de spécialités médicales. Cette hétérogénéité des compétences est susceptible de nuire au patient et doit être comblée par la formation de ces spécialistes.

Enfin, dans le contexte de l'entretien avec un patient, les TNI pourraient servir à objectiver les bénéfices associés à l'abstinence (et peut-être parfois à la simple diminution de la consommation d'alcool) et à entretenir la motivation du patient (Trabut 2012).

3.3. Meilleure organisation des soins

3.3.1. Lutte contre la compartimentation des tâches

Troisièmement, dans le parcours de soin actuel du buveur excessif semble se dessiner une compartimentation des tâches entre ces trois spécialités. Selon cette compartimentation des tâches, les généralistes ne feraient que détecter les buveurs excessifs, les addictologues ne s'occuperaient que de l'aspect motivationnel et thérapeutique relatif au sevrage et à l'abstinence ou bien à la diminution de la consommation et l'hépatogastroentérologue ne prendrait en charge que le diagnostic et le suivi de la MAF et de ses complications.

Cette compartimentation peut considérablement nuire au diagnostic précoce de la MAF car si l'on rajoute une consultation intermédiaire avec un gastroentérologue, par exemple, pour qu'il prescrive un test diagnostique que le médecin généraliste ou l'addictologue peut prescrire lui-même, on augmente le risque qu'un patient peu observant échappe au parcours de soin d'une prise en charge adaptée. L'utilisation conjointe des TNI par ces spécialistes serait de nature à briser un isolationnisme nuisible à la prise en charge précoce de la MAF.

3.3.2. Motivation des généralistes à la prescription des TNI

Notre étude montre que les généralistes évoquaient moins la nécessité d'un dépistage que les hépatogastroentérologues (Q. 31) et que dans cet éventuel dépistage, ils préféreraient détecter les buveurs excessifs (66,1%) et diagnostiquer une atteinte hépatique par un bilan de base (73,8%) plutôt que de prescrire un TNI (35,4%) (Q. 32). Notre analyse du sous-groupe des généralistes ne retrouve pas de lien statistique entre leur connaissance des TNI et leur volonté de les pratiquer dans le cadre d'un dépistage organisé, ce qui suggère qu'il s'agit plus d'un problème de motivation que de connaissance.

Ce dernier résultat semble contredire la thèse Paillocher-Boursier (Paillocher-Boursier 2008), selon laquelle les généralistes se disaient prêts à participer à une campagne de dépistage de la cirrhose alcoolique à l'aide des TNI à 73%. Là encore, l'usage d'une question à choix fermé, dans cette étude, pourrait induire préférentiellement une réponse positive et surestimerait donc probablement l'intérêt des généralistes pour les TNI, dans le cadre d'un éventuel dépistage.

3.3.3. Création de réseaux locaux de prise en charge

La prise en charge somatique et motivationnelle d'un buveur excessif est complexe et pluridisciplinaire. Il semble donc opportun de proposer aux différents spécialistes qu'ils

prescrivent également les TNI et coopèrent en créant leurs propres réseaux locaux de prise en charge, pour un accès plus facile et plus rapide aux TNI et finalement un diagnostic plus précoce de la MAF, dans l'attente d'un éventuel dépistage organisé.

4. Limites

Notre étude est principalement limitée par les faibles effectifs des échantillons au regard des populations étudiées. Ceci est dû à une méthode de recueil de données difficile de démarchage téléphonique et de bouche à oreille, que ne compense pas la facilité de l'interface de réponse des questionnaires en ligne.

De plus nos échantillons n'étaient pas parfaitement représentatifs, notamment en termes de moyenne d'âge et de sexe, par rapport à la population générale dont ils étaient issus. Nos sujets étaient plus jeunes que dans la population générale des médecins d'Île-de-France, ce qui peut s'expliquer en partie par le manque de familiarité des médecins les plus âgés avec internet. On note par ailleurs une proportion plus importante de femmes dans l'échantillon des hépato-gastroentérologues, sans explication claire malgré les statistiques complémentaires effectuées dans le sous-groupe des hépato-gastroentérologues.

Le biais de recrutement et l'aspect subjectif d'un recueil déclaratif des données sont inévitables et communs aux études par sondage. Ce type de recrutement fait que les personnes interrogées voulant bien répondre aux questionnaires sont aussi déjà vraisemblablement les personnes les plus sensibilisées au sujet. Ainsi retrouvait-on une proportion importante d'hépatologues parmi les hépato-gastroentérologues et une part importante d'addictologues psychiatres d'origine, sans doute moins somaticiens que leurs homologues initialement généralistes ou hépato-gastroentérologues.

Le recueil de données sur un mode purement déclaratif est soumis à l'effet placebo : les réponses sont subjectives et enclines à conforter le sujet dans sa pratique actuelle et il peut y avoir une différence entre ce que le sujet déclare honnêtement penser faire et ce qu'il fait en réalité. Par ailleurs, toutes les questions étaient, de manière tacite, adressées aux praticiens au sujet de leur pratique individuelle personnelle mais certaines réponses ont pu être faites dans un sens d'ordre général.

De façon plus anecdotique, la réponse à toutes les questions n'avait pas été rendue obligatoire, ce qui diminue l'exhaustivité des réponses. Cela limite d'autant la puissance de

notre étude mais de façon minime, car le taux maximal de non réponse par question était très faible (inférieur à 5%).

CONCLUSION

Les spécialistes interrogés étaient très largement d'accord pour dire que le diagnostic précoce de la MAF était très important et que des recommandations leur paraissaient nécessaires. Cependant, les divergences de connaissances et de pratiques observées entre ces praticiens vont dans le sens d'un manque de reconnaissance et d'un désintérêt pour le diagnostic précoce de la MAF et pour l'utilisation des TNI dans ce contexte.

L'absence de recommandations actuelles concernant notamment l'utilisation des TNI était un obstacle important qui pourrait trouver une explication dans une demande diffuse et timide de la part du corps médical, l'absence de lobbying d'associations de patients dans une pathologie encore peu reconnue, la difficulté de validation scientifique des TNI dans ce contexte au regard des exigences de la HAS, et finalement, un impact thérapeutique jugé peu pertinent. Celui-ci semble pâtir d'un possible pessimisme concernant, d'une part, l'impact du diagnostic sur la consommation du buveur excessif et d'autre part, sur une régression de la MAF à l'arrêt ou la diminution de la consommation d'alcool.

Par ailleurs, les généralistes faisaient part de leur difficulté à aborder le sujet de l'alcool avec leurs patients, alors qu'ils ont un rôle essentiel de premiers recours dans cette pathologie. Associé à ces obstacles, les praticiens relevaient un manque d'intérêt général pour ce diagnostic. Enfin, les généralistes et les addictologues faisaient part d'une difficulté d'accès à l'élastométrie hépatique.

La discussion des obstacles au diagnostic précoce nous amène à faire certaines propositions pour améliorer l'intérêt et la prise en charge du diagnostic précoce de la MAF.

Premièrement, après validation des TNI dans la MAF, l'élaboration de recommandations pour l'utilisation de ces tests dans le diagnostic précoce de cette pathologie, par l'HAS, répondrait à un réel besoin des professionnels et permettrait une meilleure reconnaissance de cette pathologie. Un remboursement des TNI dans cette pathologie favoriserait probablement l'observance des patients.

Deuxièmement, une formation spécifique, adossée à ces recommandations, s'attacherait à sensibiliser les praticiens à ce diagnostic, en soulignant d'une part l'impact motivationnel d'un diagnostic de MAF sur la consommation du buveur excessif, par la réalisation de TNI, et d'autre part, la régression possible de la MAF à l'arrêt de la consommation alcoolique ainsi

que le bénéfice de l'abstinence ou de la réduction de la consommation sur la survenue des complications et la survie.

Elle insisterait sur le rôle essentiel des généralistes dans la détection des buveurs excessifs et formerait notamment les praticiens sur la façon d'aborder la consommation alcoolique et sur l'utilisation des TNI. Ces derniers pourraient d'ailleurs servir d'outil pour aborder la problématique alcool sous l'angle de ses conséquences potentielles sur la santé et d'une façon mieux acceptée par les patients.

Troisièmement, il semble nécessaire au diagnostic précoce que tous les différents spécialistes prescrivent également les TNI, et coopèrent en créant leurs propres réseaux locaux de prise en charge, ce qui favoriserait en retour l'accès aux TNI.

En somme, des recommandations claires associées à une formation spécifique, basées sur une pratique clinique pluridisciplinaire permettrait une prise en charge globale et plus précoce de la MAF en attendant un éventuel dépistage systématique organisé.

BIBLIOGRAPHIE

- Bedossa P**, Dargere D, Paradis V. Sampling variability of liver fibrosis in chronic hepatitis C. *Hepatology* **2003**; 38:1449-1457.
- Bonny C**, Rayssiguier R, Ughetto S, Aublet-Cuvelier B, Baranger J, Blanchet G, et al. Medical practices and expectations of general practitioners in relation to hepatitis C virus infection in the Auvergne region. *GastroenterolClinBiol* **2003**; 27:1021-1025.
- Boursier J**, Dib N, Oberti F, Calès P. Caractéristiques et interprétation des tests sanguins de fibrose hépatique. *GastroenterolClinBiol* **2007**; 31:511-523.
- Cook PA**, Morleo M, Billington D, Sanderson-Shortt K, Jones C, Gabbay M, Sheron N, Bellis MA, Phillips-Howard PA, Gilmore IT. Evaluation of work-based screening for early signs of alcohol-related liver disease in hazardous and harmful drinkers: the PrevAIL study. *BMC Public Health* **2015** Jun 4; 15:532.
- Cortez-Pinto H**, Marques-Vidal P, Monteiro E. Liver disease-related admissions in Portugal: clinical and demographic pattern. *Eur J GastroenterolHepatol.* **2004** Sep;16(9):873-7.
- Daepfen JB**, Dor B. Repérage des conduites d'alcoolisation en dehors de la dépendance. *Alcoologie et addictions* **2003**; 25(4S):30S-34S.
- D'Amico G**, Garcia-Tsao G, Pagliaro L. Natural history and prognostic indicators of survival in cirrhosis: a systematic review of 118 studies. *JHepatol.* **2006** Jan; 44(1):217-31.
- Dawson DA**, Grant BF, Stinson FS, Chou PS, Huang B, Ruan WJ. Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002. *Addiction.* **2005** Mar; 100(3):281-92.
- Eyles C**, Moore M, Sheron N, Roderick P, O'Brien W, Leydon GM. Acceptability of screening for early detection of liver disease in hazardous/harmful drinkers in primary care. *Br J Gen Pract* **2013** Aug; 63(613):e516-22.
- Gelsi E**, Dainese R, Truchi R, Mariné-Barjoan E, Anty R, Autuori M, Burrioni S, Vanbiervliet G, Evesque L, Cherikh F, Tran A. Effect of detoxification on liver stiffness assessed by Fibroscan® in alcoholic patients. *AlcoholClinExp Res* **2011** Mar; 35(3):566-70.
- Lahmek P**, Meunier N, Michel L, Aubin HJ, Balester-Mouret S. [Using transient elastography as a screening tool for liver fibrosis in addiction service]. *Presse Med.* **2014** Mar; 43(3):e17-31.
- Mathurin P**, Beuzin F, Louvet A, Carrié-Ganne N, Balian A, Trinchet JC et al. Fibrosis progression occurs in a subgroup of heavy drinkers with typical histological features. *Aliment PharmacolTher* **2007**;25:1047-54.
- Mueller S**, Millonig G, Sarovska L, Friedrich S, Reimann FM, Pritsch M, Eisele S, Stickel F, Longrich T, Schirmacher P, Seitz HK. Increased liver stiffness in alcoholic liver disease: differentiating fibrosis from steatohepatitis. *World J Gastroenterol* **2010** Feb 28; 16(8):966-72.
- Nahon P**, Kettaneh A, Tengher-Barna I, Ziol M, de Lédighen V, Douvin C, Marcellin P, Ganne-Carrié N, Trinchet JC, Beaugrand M. Assessment of liver fibrosis using transient elastography in patients with alcoholic liver disease. *J Hepatol* **2008** Dec; 49(6):1062-8.

National Health Service. Statistics on Alcohol: England, 2012. Health and Social Care Information Centre **2012**.

Naveau S, Perlemuter G, Balian A. Epidemiologie et histoire naturelle de la cirrhose. *Rev Prat* **2005**; 55:1527-1532.

Nguyen-Khac E, Chatelain D, Tramier B, Decrombecque C, Robert B, Joly JP, Brevet M, Grignon P, Lion S, Le Page L, Dupas JL. Assessment of asymptomatic liver fibrosis in alcoholic patients using fibroscan: prospective comparison with seven non-invasive laboratory tests. *Aliment Pharmacol Ther* **2008** Nov 15; 28(10):1188-98.

Noss P. Utilisation d'un FibroScan® au cabinet du généraliste. *Le Courrier des addictions* (17) – n° 4 – octobre-novembre-décembre **2015**, pages 14-15

Nousbaum JB. The role of liver biopsy in the management of chronic hepatitis C. *Gastroenterol Clin Biol* **2002**; 26(suppl 2): B168-179.

Paillocher-Boursier A-H. Diagnostic de la cirrhose d'origine alcoolique chez les patients consommateurs excessifs de boissons alcoolisées: état des lieux auprès des médecins généralistes du Maine-et-Loire [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; **2008**.

Poynard T, Lebrech D. The inconvenience of investigations used in hepatology: patients' and hepatologists' opinions. *Liver* **1982** Dec; 2(4):369-75.

Poynard T, Lebray P, Ingiliz P, Varaut A, Varsat B, Ngo Y, Norha P, Munteanu M, Drane F, Messous D, Bismut FI, Carrau JP, Massard J, Ratziu V, Giordanella JP. Prevalence of liver fibrosis and risk factors in a general population using non-invasive biomarkers (FibroTest). *BMC Gastroenterol* **2010** Apr 22; 10:40.

Roulot D, Costes JL, Buyck JF, Warzocha U, Gambier N, Czernichow S, Le Clesiau H, Beaugrand M. Transient elastography as a screening tool for liver fibrosis and cirrhosis in a community-based population aged over 45 years. *Gut* **2011** Jul; 60(7):977-84.

Rousselet MC, Michalak S, Dupre F, Croue A, Bedossa P, Saint-André JP, et al. Sources of variability in histological scoring of chronic viral hepatitis. *Hepatology* **2005**; 41:257-264.

Sheron N, Moore M, O'Brien W, Harris S, Roderick P. Feasibility of detection and intervention for alcohol-related liver disease in the community: the Alcohol and Liver Disease Detection study (ALDDeS). *Br J Gen Pract* **2013** Oct; 63(615):e698-705.

Trabut J-B, Thépot V, Nalpas B, Lavielle B, Coscinea S, Corouge M, Vallet-Pichard A, Fontaine H, Mallet V, Sogni P, Pol S. Rapid decline of liver stiffness following alcohol withdrawal in heavy drinkers. *Alcohol Clin Exp Res* **2012** Aug; 36(8):1407-11.

Trabut J-B, Thépot V, Terris B, Sogni P, Nalpas B, Pol S. Évaluation pronostique de la maladie alcoolique du foie : comment et pourquoi ? *Presse Med* **2014**; 43: 124–134.

Verrill C, Smith S, Sheron N. Are the opportunities to prevent alcohol related liver deaths in the UK in primary or secondary care? A retrospective clinical review and prospective interview study. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. **2006** Jun 15; 1:16.

Verrill C, Markham H, Templeton A, Carr NJ, Sheron N. Alcohol-related cirrhosis--early abstinence is a key factor in prognosis, even in the most severe cases. *Addiction*. **2009** May; 104(5):768-74.

TABLEAUX

| Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques | | | | |
|---|---------------------|-------------------|---------------|-------------------------------|
| | | Généralistes | Addictologues | Hépto-gastro |
| Réponses | | n=65 | n=43 | n=43 |
| 1. Sexe | Hommes | 27 (41,5%) | 21 (52,5%) | 21 (48,8%) |
| | femmes | 38 (58,5%) | 19 (47,5%) | 22 (51,2%)¹ |
| 2. Age (moyenne en années ; IC 95 %) | | 44 +/- 3 | 47 +/- 3 | 43 +/-3 |
| 3. Exercice professionnel | Seul, cabinet privé | 27 (41,5%) | X | 6 (13,9%) |
| | Cabinet de groupe | 35 (53,8%) | X | 10 (23,2%)² |
| | CHU | 3 (4,6%) | X | 16 (37,2%) |
| | CHG | 6 (9,2%) | X | 14 (32,5%) |
| 4. Formation initiale | Médecine générale | X | 24 (55,8%) | X |
| | Hépto-gastro | X | 3 (6,9%) | X |
| | Psychiatrie | X | 12 (27,9%) | X |
| | Autre spécialité* | X | 4 (9,3%) | X |
| 5. Activité (s) | Ambulatoire | X | 30 (69,7%) | X |
| | Hospi° court séjour | X | 16 (37,2%) | X |
| | Hospi° long séjour | X | 10 (23,2%) | X |
| | Liaison | X | 12 (27,9%) | X |
| | Rech-enseignement | X | 6 (13,9%) | X |
| 6. Orientation(s) particulière(s) | Hépatologie | X | X | 18 (41,8%) |
| | Alcoologie | X | X | 1 (2,3%) |
| | Endoscopie | X | X | 9 (20,9%) |
| | Proctologie | X | X | 8 (18,6%) |
| | MICI | X | X | 13 (30,2%) |
| | Cancérologie | X | X | 10 (23,2%) |
| | Autre | X | X | 2 (4,6%) |
| | Aucune | X | X | 9 (20,9%) |

* Urgentiste, endocrinologue, biologie médicale

¹ p < 0,05 pour la comparaison de la proportion de femmes parmi les hépto-gastroentérologues de l'échantillon vs population générale (tableau 1, question 1).

² p < 0,00001 pour la comparaison de l'activité hospitalière vs cabinet de ville entre les hépto-gastroentérologues et les généralistes (tableau 1, question 3).

| Tableau 2 : Activité addictologique | | Généralistes | Addictologues | Hépto-gastro |
|---|-----------------------|-------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 7. Compétences particulières en addictologie | Oui | 7 (10,8%) | X | X |
| | Non | 58 (89,2%) | X | X |
| Si oui, quelle formation | Diplôme universitaire | 2 (22,2%) | X | X |
| | Capacité | 0 | X | X |
| | Autre formation | 3 (33,3%) | X | X |
| | Expérience clinique | 4 (44,4%) | X | X |
| 8. Addiction | Alcool surtout | X | 26 (60,4%) | X |
| | Alcool et autres | X | 14 (32,5%) | X |
| | Autres que alcool | X | 3 (6,9%) | X |
| 9. Fréquence des buveurs excessifs en consultation | Très souvent | 2 (3,2%) | 34 (79,0%)³ | 9 (20,9%) |
| | Souvent | 26 (41,2%) | 9 (20,9%)⁴ | 18 (41,9%)⁵ |
| | Rarement | 35 (55,5%) | 0 | 15 (34,9%) |
| | Jamais | 0 | 0 | 1 (2,3%) |

³ p < 0,00001 pour la comparaison de la fréquence des buveurs excessifs vus en consultation entre les addictologues et les hépto-gastroentérologues pour la fréquence « très souvent » (tableau 2, question 9).

⁴ p = 0,04 pour la comparaison de la fréquence des buveurs excessifs vus en consultation entre les addictologues et les hépto-gastroentérologues pour la fréquence « souvent » (tableau 2, question 9).

⁵ p = 0,007 pour la comparaison de la fréquence des buveurs excessifs vus en consultation entre les hépto-gastroentérologues et les généralistes pour une répartition entre « souvent » ou « très souvent » vs « rarement » ou « jamais » (tableau 2, question 9).

Tableau 3: Prise en charge générale de la MAF

| | | Généralistes | Addictologues | Hépto-gastro |
|--|-------------------------|--------------------------------|--------------------|-------------------|
| 10. Motif d'adressage | Anomalies BHC | X | X | 31 (72,1%) |
| | Mésusage OH | X | X | 5 (11,6%) |
| | Spt digestif / OH | X | X | 18 (41,8%) |
| | Autre spt digestive | X | X | 5 (11,6%) |
| | Sevrage OH | X | X | 8 (18,6%) |
| | Cirrhose | X | X | 30 (69,7%) |
| 11. Propositions au buveur excessif | Conseils réduire conso° | 49 (75,4%)⁶ | X | 24 (57,1%) |
| | Sevrage ambulatoire | 23 (35,4%) | X | 4 (9,5%) |
| | Sevrage milieu spé | 23 (35,4%)⁷ | X | 5 (11,9%) |
| | Cs° d'addictologie | 45 (69,2%) | X | 26 (69,0%) |
| | Cs° psychiatrie | 11 (16,9%) | X | 0 |
| | Cs° hépto-gastro | 15 (23%) | X | X |
| | Asso° anciens buveurs | 14 (21,5%)⁸ | X | 0 |
| | Equipe mobile addicto | 0 | X | 5 (11,9%) |
| Pas assez pr répondre | 4 (6,1%) | X | 0 | |
| 12. Bilan complémentaire | Bilan lipidique | 17 (26,1%)⁹ | 37 (86,0%) | X |
| | Glycémie à jeun | 16 (24,6%)¹⁰ | 36 (83,7%) | X |
| | Sérologies virales B, C | 14 (21,5%)¹¹ | 36 (83,7%) | X |
| | Echographie Abdo | 51 (78,5%) | 31 (72,0%) | X |
| | Alpha FP | 14 (21,5%) | 5 (11,6%) | X |
| | NFS | 19 (29,2%)¹² | 39 (90,6%) | X |
| | BHC | 50 (76,9%)¹³ | 43 (100,0%) | X |
| | TP | 40 (61,5%)¹⁴ | 38 (88,3%) | X |
| | Albuminémie | 17 (26,1%) | 18 (41,8%) | X |

⁶ p = 0,03 pour la comparaison entre les généralistes et les hépto-gastroentérologues pour la délivrance de conseils pour réduire la consommation d'alcool (tableau 3, question 11, ligne 1).

⁷ p = 0,006 pour la comparaison entre les généralistes et les hépto-gastroentérologues pour la proposition d'un sevrage (tableau 3, question 11, lignes 2 et 3).

⁸ p non calculable pour la comparaison entre les généralistes et les hépto-gastroentérologues pour la proposition du contact d'une association d'anciens buveurs (tableau 3, question 11, ligne 7).

⁹ p < 0,00001 pour la comparaison entre les généralistes et les addictologues pour la prescription du bilan lipidique (tableau 3, question 12).

¹⁰ p < 0,00001 pour la comparaison entre les généralistes et les addictologues pour la prescription de la glycémie à jeun (tableau 3, question 12).

¹¹ p < 0,00001 Pour la comparaison entre les généralistes et les addictologues pour la prescription des sérologies virales (tableau 3, question 12).

¹² p < 0,00001 pour la comparaison entre les généralistes et les addictologues pour la prescription de la NFS (tableau 3, question 12).

¹³ p < 0,0006 pour la comparaison entre les généralistes et les addictologues pour la prescription du BHC (tableau 3, question 12).

¹⁴ p = 0,002 pour la comparaison entre les généralistes et les addictologues pour la prescription du TP (tableau 3, question 12).

| Tableau 3 (suite): Prise en charge générale de la MAF | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| | | Généralistes | Addictologues | Hépatogastro |
| 12. Bilan complémentaire (suite) | Elastométrie hépatique | 16 (24,6%) | 8 (18,6%) | X |
| | Tests sanguins fibrose | 20 (30,7%)¹⁵ | 1 (2,3%) | X |
| 13. Recherche MAF | Jamais | X | 8 (18,6%)¹⁶ | 1 (2,3%) |
| | Surtout au début PEC | X | 18 (41,8%)¹⁷ | 32 (74,4%) |
| | Régulièrement lors suivi | X | 14 (32,5%) | 19 (44,2%) |
| | Après sevrage | X | 3 (6,9%) | 1 (2,3%) |
| | Pas assez pour répondre | X | X | 2 (4,6%) |
| 14. Seuil conso° à risque de fibrose | 1 | 0 | 1 (2,3%) | 1 (2,4%) |
| | 4 | 43 (66,1%)¹⁸ | 22 (51,1%) | 36 (85,7%)¹⁹ |
| | 7 | 8 (12,3%) | 13 (30,2%) | 3 (7,1%) |
| | 10 | 2 (3,1%) | 3 (6,9%) | 2 (4,8%) |
| | 15 | 0 | 0 | 0 |
| | Nsp | 12 (18,5%) | 4 (9,3%) | 0 |
| 15. Indications PBH | Exceptionnelles | X | X | 8 (19,0%) |
| | Peu fréquentes | X | X | 26 (62,0%) |
| | Assez fréquentes | X | X | 8 (19,0%) |
| | Sans opinion | X | X | 0 |

¹⁵ p = 0,0003 pour la comparaison entre les généralistes et les addictologues pour la prescription des tests sanguins de fibrose (tableau3, question 12).

¹⁶ p = 0,03 pour la comparaison entre les addictologues et les hépatogastroentérologues qui ne recherchent jamais la MAF (Tableau 3, question 13).

¹⁷ p = 0,002 pour la comparaison entre les addictologues et les hépatogastroentérologues pour la recherche de la MAF en début de prise en charge (Tableau 3, question 13).

¹⁸ p < 0,001 pour la comparaison de la connaissance du seuil de consommation à risque de développer une fibrose à 4 unités standard d'alcool par jour entre les généralistes et les addictologues (tableau3, question 14).

¹⁹ p < 0,02 pour la comparaison de la connaissance du seuil de consommation à risque de développer une fibrose à 4 unités standard d'alcool par jour entre les hépatogastroentérologues et les généralistes (tableau 3, question 14).

| Tableau 4: Conséquences diagnostic, fibrose et consommation | | | | |
|--|------------------------|--------------|---------------|--------------|
| | | Généralistes | Addictologues | Hépto-gastro |
| 16. Recherche complications cirrhose | Bilan eux-mêmes | 17 (27,0%) | 14 (32,6%) | X |
| | Envoi Spécialiste | 36 (57,1%) | 28 (65,1%) | X |
| | Pas assez pr. répondre | 10 (15,9%) | 1 (2,3%) | X |
| 17. Impact diagnostic sur conso° OH | Très souvent | 2 (3,1%) | 5 (11,9%) | 1 (2,3%) |
| | Souvent | 18 (27,7%) | 21 (50,0%) | 24 (55,8%) |
| | Rarement | 37 (56,9%) | 12 (28,6%) | 15 (34,9%) |
| | Très rarement | 3 (4,6%) | 0 | 3 (7,0%) |
| | Sans opinion | 4 (6,1%) | 4 (9,5%) | 0 |
| | Nr | | 1 | |
| 18. Régression fibrose | Très souvent | X | 3 (7,1%) | 3 (7,1%) |
| | Souvent | X | 15 (35,7%) | 16 (38,2%) |
| | Rarement | X | 18 (42,8%) | 20 (47,6%) |
| | Jamais | X | 6 (14,2%) | 3 (7,1%) |
| | Sans opinion | X | 1 (2,3%) | 0 |

| Tableau 5: Connaissance et indications des TNI | | | | |
|--|------------------------|--------------|--------------------------------|-------------------|
| | | Généralistes | Addictologues | Hépto-gastro |
| 19. Connaissance Tests sanguins de fibrose | Oui | 39 (60,0%) | 31 (72,0%) | X |
| | Non | 26 (40,0%) | 12 (28,0%) | X |
| 20. Connaissance élastométrie hépatique | Oui | 45 (69,2%) | 36 (83,7%) | X |
| | Non | 20 (30,8%) | 7 (16,3%) | X |
| 21. Prescription TNI | Très souvent | X | 6 (13,9%) | X |
| | Souvent | X | 12 (28,0%) | X |
| | Rarement | X | 14 (32,5%) | X |
| | Jamais | X | 11 (25,6%) | X |
| 22. Moment de prescription le plus opportun des TNI | Avant sevrage | X | 6 (13,9%) | 5 (11,9%) |
| | Après sevrage | X | 8 (18,6%)²⁰ | 23 (54,7%) |
| | Avant et après sevrage | X | 23 (53,6%)²¹ | 12 (28,6%) |
| | Sans opinion | X | 6 (13,9%) | 2 (4,8%) |
| 23. Indication TNI : a. Biologie normale | Intérêt faible | X | 25 (58,1%) | 27 (64,2%) |
| | Assez bonne | X | 12 (27,9%) | 10 (23,8%) |
| | Très bonne | X | 3 (7%) | 3 (7,2%) |
| | Sans opinion | X | 3 (7%) | 2 (4,8%) |
| b. Augmentation isolée des GGT | Intérêt faible | X | 19 (44,2%) | 21 (50,0%) |
| | Assez bonne | X | 18 (41,8%) | 17 (40,5%) |
| | Très bonne | X | 3 (7%) | 3 (7,2%) |
| | Sans opinion | X | 3 (7%) | 1 (2,4%) |
| c. Augmentation des transaminases | Intérêt faible | X | 3 (7%) | 9 (21,4%) |
| | Assez bonne | X | 19 (44,2%) | 19 (45,2%) |
| | Très bonne | X | 18 (41,8%) | 13 (31,0%) |
| | Sans opinion | X | 3 (7%) | 1 (2,4%) |
| d. Anomalies biologiques régressives après sevrage | Intérêt faible | X | 7 (16,3%) | 12 (28,6%) |
| | Assez bonne | X | 20 (46,5%) | 22 (52,4%) |
| | Très bonne | X | 12 (27,9%) | 7 (16,6%) |
| | Sans opinion | X | 4 (9,3%) | 1 (2,4%) |
| e. Cirrhose évidente | Intérêt faible | X | 14 (32,6%)²² | 28 (66,7%) |
| | Assez bonne | X | 8 (18,6%) | 6 (14,3%) |
| | Très bonne | X | 20 (46,5%)²³ | 7 (16,6%) |
| | Sans opinion | X | 1 (2,3%) | 1 (2,4%) |

²⁰ p = 0,0005 pour la comparaison entre les addictologues et les hépto-gastroentérologues pour la prescription des TNI plutôt « après sevrage » (tableau 5, question 22, ligne 2).

²¹ p < 0,02 pour la comparaison entre les addictologues et les hépto-gastroentérologues pour la prescription des TNI plutôt « avant et après sevrage » (tableau 5, question 22, ligne 3).

²² p = 0,00008 pour la comparaison entre les addictologues et les hépto-gastroentérologues pour la prescription des TNI dans l'indication d'une cirrhose évidente jugée d'« intérêt faible » (tableau 5, question 23.e, ligne 1).

²³ p = 0,003 pour la comparaison entre les addictologues et les hépto-gastroentérologues pour la prescription des TNI dans l'indication d'une cirrhose évidente jugée de « très bonne indication » (tableau 5, question 23.e, ligne 3).

| Tableau 6: Modalités pratiques d'utilisation des TNI | | | | |
|---|----------------------|-------------------|--------------------------------|------------------------------|
| | | Généralistes | Addictologues | Hépto-gastro |
| 24. TNI demandés | Uniquement élasto | 5 (7,9%) | 11 (25,6%) | 16 (39,0%) |
| | Uniquement tests SG | 14 (22,2%) | 10 (23,2%) | 1 (2,4%) |
| | Les deux | 11 (17,4%) | 4 (9,3%) | 23 (56,1%) |
| | Aucun | 33 (52,4%) | 18 (41,9%)²⁴ | 1 (2,4%)²⁵ |
| 25. indication préférentielle | Hépatites virales | 16 (25,0%) | x | x |
| | MAF | 22 (34,4%) | x | x |
| | Autre pathologie | 2 (3,1%) | x | x |
| | Pas régulièrement | 36 (56,2%) | x | x |
| 26. Accès élastométrie | Facilement, cabinet | 1 (1,5%) | 4 (9,5%)²⁶ | 19 (45,2%) |
| | Facilement, ailleurs | 11 (16,9%) | 16 (38,1%) | 17 (40,5%) |
| | Difficile | 12 (18,5%) | 12 (28,6%) | 6 (14,3%) |
| | Nsp | 41 (63,1%) | 10 (23,8%) | 0 |
| 27. Délai élastométrie | Jour même | 0 | 0 | 4 (9,5%) |
| | Moins d'une semaine | 1 (1,6%) | 6 (13,9%) | 6 (14,3%) |
| | Moins d'un mois | 9 (14,3%) | 11 (25,6%) | 25 (59,5%) |
| | Plus d'un mois | 11 (17,4%) | 7 (16,3%) | 5 (11,9%) |
| | Nsp | 42 (66,7%) | 19 (44,2%) | 2 (4,8%) |

²⁴ p < 0,00001 pour la comparaison entre les addictologues et les hépto-gastroentérologues pour la prescription d'aucun TNI (tableau 6, question 24, ligne 4).

²⁵ p = 0,00004 pour la comparaison entre les hépto-gastroentérologues et les généralistes pour la prescription d'aucun TNI (tableau 6, question 24, ligne 4).

²⁶ p = 0,0002 pour la comparaison de l'accès à l'élastométrie hépatique entre les hépto-gastroentérologues et les addictologues au sein de leur structure de travail ou cabinet (tableau 6, question 26, ligne 1).

| Tableau 7: Diagnostic précoce et dépistage | | | | |
|--|------------------------|------------------|---------------|--------------------------------|
| | | Généralistes | Addictologues | Hépto-gastro |
| 28. Importance du diagnostic précoce de MAF | Très important | 44 (67,7%) | 30 (69,7%) | 34 (79,0%) |
| | Moyen important | 20 (30,8%) | 10 (23,2%) | 8 (18,6%) |
| | Peu important | 1 (1,5%) | 2 (4,6%) | 1 (2,3%) |
| | Pas important | 0 | 1 (2,5%) | 0 |
| 29. Besoin De recommandations | Très important | 28 (43,8%) | 26 (60,5%) | 20 (46,5%) |
| | Relativement important | 32 (50,0%) | 14 (32,5%) | 20 (46,5%) |
| | Pas vraiment important | 4 (6,2%) | 3 (7%) | 3 (6,9%) |
| 30. Obstacles au diagnostic précoce | Cf. Tableau 7 bis | | | |
| 31. Besoin de dépistage | Absolument nécessaire | 8 (12,9%) | X | 18 (41,8%)²⁷ |
| | Intéressant | 39 (62,9%) | X | 15 (34,9%) |
| | Pas très pertinent | 14 (22,6%) | X | 5 (11,6%) |
| | Pas pertinent | 1 (1,6%) | X | 5 (11,6%) |
| 32. Rôles dans le dépistage | Détecter buveurs exc | 43 (66,1%) | X | X |
| | Dq att hépat /bilan | 48 (73,8%) | X | X |
| | Prescrire TNI | 23 (35,4%) | X | X |
| | Aucune proposition | 5 (7,7%) | X | X |
| 33. TNI plus appropriés pour le dépistage | Elastométrie hépatique | X | X | 25 (58,1%) |
| | Tests sanguins fibrose | X | X | 2 (4,6%) |
| | Les deux | X | X | 14 (32,6%) |
| | Aucun | X | X | 2 (4,6%) |

²⁷ p = 0,0007 pour la comparaison entre les généralistes et les hépto-gastroentérologues pour la nécessité absolue d'un dépistage de la MAF (tableau 7, question 31, ligne 1).

| Tableau 7 bis : Question 30 | | | | |
|--|-----------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| Obstacles au diagnostic précoce | | Généralistes | Addictologues | Hépto-gastro |
| a. Absence de tests fiables | Pas important | 28 (45,9%) | 25 (59,5%) | 15 (35,7%) |
| | Assez important | 17 (27,9%) | 8 (19,0%) | 15 (35,7%) |
| | Très important | 2 (3,2%) | 2 (4,8%)²⁸ | 8 (19,0%)²⁹ |
| | Nsp | 14 (23,0%) | 7 (16,7%) | 4 (9,5%) |
| b. Difficulté d'aborder le sujet de l'alcool | Pas important | 13 (20,3%) | 21 (48,9%) | 14 (33,3%) |
| | Assez important | 26 (40,6%) | 10 (23,2%) | 21 (50,0%) |
| | Très important | 23 (35,9%)³⁰ | 10 (23,2%) | 7(16,6%)³¹ |
| | Nsp | 2 (3,1%) | 2 (4,7%) | 0 |
| c. Mauvaise observance patient | Pas important | 3 (4,7%) | 15 (35,7%) | 10 (23,2%) |
| | Assez important | 24 (37,5%) | 13 (31,0%) | 17 (39,5%) |
| | Très important | 37 (57,8%)³² | 14 (33,3%) | 16 (37,2%)³³ |
| | Nsp | 0 | 0 | 0 |
| d. Mauvaise accessibilité des TNI | Pas important | 18 (28,6%) | 9 (21,4%)³⁴ | 23 (53,5%)³⁵ |
| | Assez important | 17 (27,0%) | 16 (38,1%) | 15 (34,9%) |
| | Très important | 7 (11,1%) | 11 (26,2%) | 5 (11,6%) |
| | Nsp | 21 (33,3%) | 6 (14,3%) | 0 |
| e. Absence de recommandations | Pas important | 13 (20,6%) | 8 (18,6%) | 8 (18,6%) |
| | Assez important | 31 (49,2%) | 15 (34,9%) | 22 (51,1%) |
| | Très important | 11 (17,5%) | 16 (37,2%) | 12 (27,9%) |
| | Nsp | 8 (12,7%) | 4 (9,3%) | 1 (2,3%) |
| f. Absence d'intérêt général pour la question | Pas important | 16 (25,0%) | 15 (34,9%) | 11 (25,6%) |
| | Assez important | 23 (35,9%) | 13 (30,2%) | 18 (41,8%) |
| | Très important | 17 (26,6%) | 11 (25,6%) | 13 (30,2%) |
| | Nsp | 8 (12,5%) | 4 (9,3%) | 1 (2,3%) |

²⁸ p = 0,003 pour la comparaison entre les addictologues et les hépto-gastroentérologues pour l'absence de tests diagnostiques fiables: obstacle « assez » ou « très important » (tableau 7, question 30.a, lignes 2 et 3).

²⁹ p = 0,01 pour la comparaison entre les généralistes et les hépto-gastroentérologues pour l'absence de tests diagnostiques fiables: obstacle « assez » ou « très important » (tableau 7, question 30.a, lignes 2 et 3).

³⁰ p = 0,001 pour la comparaison entre les généralistes et les addictologues pour la difficulté à aborder le sujet de l'alcool : obstacle « assez » ou « très important » (tableau 7, question 30.b, lignes 2 et 3).

³¹ p = 0,03 pour la comparaison entre les généralistes et les hépto-gastroentérologues pour la difficulté à aborder le sujet de l'alcool : obstacle « très important » (tableau 7, question 30.b, ligne 3).

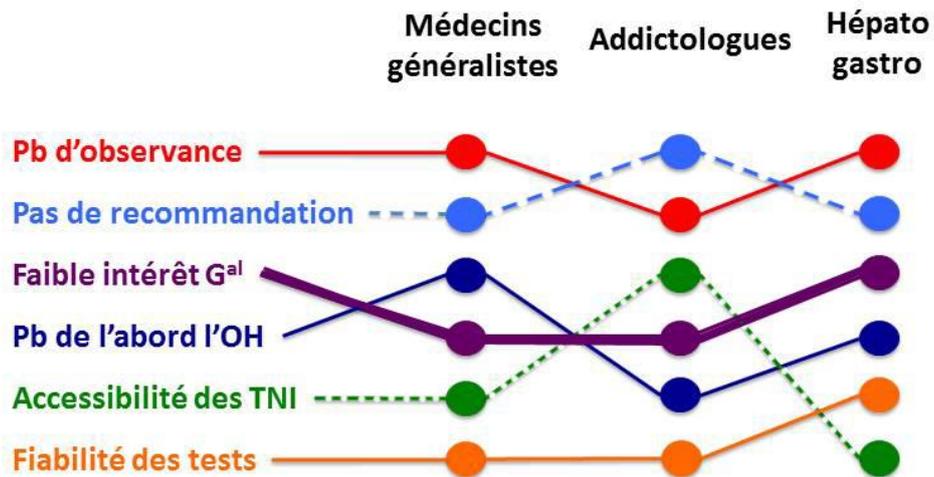
³² p < 0,00003 pour la comparaison entre les généralistes et les addictologues pour l'observance du patient : obstacle « très important » (tableau 7, question 30.c, ligne 3).

³³ p = 0,003 pour la comparaison entre les généralistes et les hépto-gastroentérologues pour l'observance du patient : obstacle « très important » (tableau 7, question 30.c, ligne 3).

³⁴ p < 0,002 pour la comparaison entre les addictologues et les hépto-gastroentérologues pour l'accessibilité des TNI: obstacle « pas important » (tableau 7, question 30.d, ligne 1).

³⁵ p < 0,01 pour la comparaison entre les généralistes et les hépto-gastroentérologues L'accessibilité des TNI: obstacle « pas important » (tableau 7, question 30.d, ligne 1).

FIGURE 1 (Question 30): obstacles au diagnostic précoce de la maladie alcoolique du foie selon les différents spécialistes :



Légende : Les obstacles au diagnostic précoce de la maladie alcoolique du foie sont classés de haut en bas selon leur importance globale décroissante. Ce classement a été effectué à partir des réponses des praticiens à la question 30 : « *Selon vous, quels sont les principaux obstacles au diagnostic précoce de la maladie alcoolique du foie chez les buveurs excessifs?* » La liste dans la colonne de gauche reflète le classement de l'ensemble des praticiens. Les trois colonnes de droite reflètent le classement pour chaque spécialité. Cf. section « Méthodes » pour le détail des principes utilisés pour le classement. Pb : problème ; G^{al} : général ; OH : alcool ; TNI : tests non invasifs. Cf. Question 30 pour la formulation exacte des différents *items*.

ABREVIATIONS

MAF : maladie alcoolique du foie

PBH : ponction-biopsie hépatique

AUROC: area under the receiver operating characteristic (aire sous la courbe ROC)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SAMI 94 : service médical d'accueil initial du Val-de-Marne

TNI : tests non invasifs (pour le diagnostic de fibrose hépatique)

HAS : Haute Autorité de Santé

Abréviations des tableaux: (par ordre d'apparition)

hépato-gastro: hépato-gastroentérologue

IC 95% : intervalle de confiance à 95%

CHU : centre hospitalo-universitaire

CHG : centre hospitalier général

Hospi° : hospitalisation

Rech : recherche

MICI : maladies inflammatoires chroniques intestinales

BHC : bilan hépato-cellulaire

OH : alcool

Spt : symptôme ou symptomatologie

Conso° : consommation

Cs° : consultation

Asso°: association

Equipe mobile **addicto** : équipe mobile **d'addictologie**

Pas assez **pr** répondre: pas assez **pour** répondre

Sérologies virales B, C : sérologies des hépatites virales B et C

Alpha FP: alpha fœto-protéine

NFS : numération formule sanguine

TP : taux de prothrombine

Alb : albuminémie

Nsp : ne se prononcent pas

Nr : non répondant(s)

Elasto : élastométrie (hépatique)

tests SG : tests sanguins de fibrose

Détecter buveurs **exc** : détecter les buveurs **excessifs**

Dq att hépat /bilan : **diagnostic** d'une **atteinte hépatique par rapport** au bilan (biologique)

ANNEXE 1 - Questionnaire pour les médecins Généralistes

1. Sexe : (Une seule réponse possible)

- Masculin
- Féminin

2. Age :(Réponse chiffrée)

3. Exercice professionnel : (Plusieurs réponses possibles)

- Seul, en cabinet privé
- Cabinet de groupe
- Centre hospitalier universitaire
- Centre hospitalier non-universitaire

4 (Question non posée aux généralistes)

5 (Question non posée aux généralistes)

6 (Question non posée aux généralistes)

7. Avez-vous des compétences particulières en addictologie ou en alcoologie ? (Une seule réponse possible)

- Oui
- Non

7. b. Si oui, précisez le type de formation : (Une seule réponse possible)

- Diplôme universitaire
- Capacité
- Autre formation
- Expérience clinique importante

8 (Question non posée aux généralistes)

9. Dans votre patientèle, vous voyez des buveurs excessifs : (Une seule réponse possible)

- Très souvent
- Souvent
- Rarement
- Jamais

10 (Question non posée aux généralistes)

11. Que proposez-vous le plus souvent à un buveur excessif ? (Plusieurs réponses possibles)

- Des conseils et information pour réduire sa consommation d'alcool
- Un sevrage ambulatoire par vos soins
- Un sevrage dans un centre hospitalier ou une structure spécialisée
- Une consultation ambulatoire d'addictologie
- Une consultation de psychiatrie
- Une consultation d'hépatogastroentérologie
- Les coordonnées d'une association d'anciens buveurs
- Un entretien avec une équipe mobile d'addictologie
- Je ne vois pas assez de buveurs excessifs pour répondre à cette question

12. Quels examens demandez-vous, le plus souvent, pour rechercher une fibrose hépatique chez un buveur excessif ? (Plusieurs réponses possibles)

- Bilan lipidique
- Glycémie à jeun
- Sérologies des hépatites virales : B, C
- Echographie abdominale
- Alpha foeto protéine (aFP)
- Numération formule sanguine (NFS)
- Bilan hépatique complet (BHC)
- Taux de prothrombine (TP)
- Albuminémie
- Elastométrie hépatique
- Score sanguin de fibrose hépatique (FibroTest[®], FibroMètre[®], ...)

13 (Question non posée aux généralistes)

14. A partir de quelle quantité d'alcool consommée par jour estimez-vous qu'il y ait un risque significatif de développer une fibrose hépatique en verres ou unités standard (=10 g)/j ? (Une seule réponse possible)

- 1
- 4
- 7
- 10
- 15
- Ne sait pas

15 (Question non posée aux généralistes)

16. De façon générale, pour rechercher les complications d'une cirrhose (varices œsophagiennes, carcinome hépatocellulaire, ...) chez vos patients : (Une seule réponse possible)

- Vous vous chargez vous-même d'en prescrire le bilan
- Vous confiez cette tâche à un autre spécialiste
- Vous ne voyez pas assez de patients cirrhotiques pour répondre à cette question

17. Pensez-vous qu'un diagnostic de fibrose hépatique puisse motiver un buveur excessif à diminuer ou arrêter sa consommation d'alcool ? (Une seule réponse possible)

- Très souvent
- Souvent
- Rarement
- Très rarement
- Sans opinion

18 (Question non posée aux généralistes)

19. Connaissez-vous les tests sanguins de fibrose hépatique (FibroTest[®], FibroMètre[®], ...) ? (Une seule réponse possible)

- Oui
- Non

20. Connaissez-vous l'élastométrie impulsionnelle (FibroScan[®]) ? (Une seule réponse possible)

- Oui
- Non

21 (Question non posée aux généralistes)

22 (Question non posée aux généralistes)

23 (Question non posée aux généralistes)

24. Avez-vous déjà demandé ou demandez-vous régulièrement : (Une seule réponse possible)

- Uniquement l'élastométrie hépatique
- Uniquement les tests sanguins de fibrose hépatique
- Les deux quand cela est ou était possible
- Aucun des deux

25. Avez-vous déjà demandé ou demandez-vous régulièrement l'un ou l'autre de ces tests surtout : (Plusieurs réponses possibles)

- Dans les hépatites virales
- Dans la maladie alcoolique du foie
- Dans une autre pathologie
- Non, je ne les utilise jamais ou pas régulièrement

26. Avez-vous facilement accès à un examen d'élastométrie hépatique (FibroScan®) ? (Une seule réponse possible)

- Oui, facilement dans mon cabinet ou centre d'exercice
- Oui, facilement dans une autre structure
- Non, l'accès à cet examen est difficile
- Je ne sais pas car je ne le demande jamais ou trop rarement

27. Dans quel délai pouvez-vous obtenir un rendez-vous pour cet examen ? (Une seule réponse possible)

- Le jour même
- Moins d'une semaine
- Moins d'un mois
- Plus d'un mois
- Je ne sais pas car je ne le demande jamais ou trop rarement

28. Quelle-est pour vous l'importance d'un diagnostic précoce de fibrose hépatique chez les buveurs excessifs ? (Une seule réponse possible)

- Très important
- Moyennement important
- Peu important
- Pas important

29. Pour votre pratique personnelle, pensez-vous qu'il y ait besoin de recommandations claires pour le diagnostic de fibrose hépatique chez les buveurs excessifs ? (Une seule réponse possible)

- Oui, cela serait une aide très importante
- Oui, cela serait une aide relativement importante
- Non, cela ne m'aiderait pas vraiment

30. Selon vous, quels sont les principaux obstacles au diagnostic précoce de la maladie alcoolique du foie chez les buveurs excessifs ? (Une seule réponse possible par ligne)

| | Pas important | Assez important | Très important | Sans opinion |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. L'absence de tests fiables | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. La difficulté d'aborder le problème de l'alcool | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. La mauvaise observance du patient | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. La mauvaise accessibilité des TNI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. L'absence de recommandations claires sur les stratégies diagnostiques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. L'absence d'intérêt général pour ce diagnostic précoce | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

31. Pensez-vous qu'il y ait besoin d'un dépistage systématique organisé de la fibrose hépatique chez les buveurs excessifs ? (Une seule réponse possible)

- Oui, cela me paraît absolument nécessaire
- Oui, cela me paraît une idée intéressante
- Non, cela ne me paraît pas très pertinent
- Non, cela ne me paraît pas du tout pertinent

32. S'il y avait un dépistage systématique organisé de la fibrose hépatique chez les buveurs excessifs, quel(s) rôle(s) aimeriez-vous jouer dans ce dépistage avant adressage éventuel à un autre spécialiste ? (Plusieurs réponses possibles)

- Détecter les buveurs excessifs
- Diagnostiquer l'atteinte hépatique par un bilan de base
- Prescrire et interpréter un ou des tests non invasifs de fibrose hépatique
- Aucune des propositions précédentes

33 (Question non posée aux généralistes)

34. Merci de vous identifier en précisant vos nom(s) et prénom(s) afin d'éviter d'être relancé (Vos réponses seront rendues anonymes) :

ANNEXE 2 - Questionnaire pour les médecins addictologues

1. Sexe : (Une seule réponse possible)

- Masculin
- Féminin

2. Age :(Réponse chiffrée)

3 (Question non posée aux addictologues)

4. Formation initiale ? (Une seule réponse possible)

- Médecine générale
- Hépatogastroentérologie
- Psychiatrie
- Autre spécialité médicale

4.b. Précisez éventuellement quelle autre spécialité médicale ? (réponse écrite libre)

5. Quel(s) type(s) d'activité(s) exercez-vous ? (Plusieurs réponses possibles)

- Ambulatoire
- Hospitalisation complète en cours séjours
- Hospitalisation complète en long séjours ou SSR
- Liaison
- Activité universitaire ou de recherche

6 (Question non posée aux addictologues)

7 (Question non posée aux addictologues)

8. Quels type(s) d'addiction(s) prenez-vous le plus souvent en charge ? (Une seule réponse possible)

- Alcool
- Autres addictions
- Alcool et autres addictions à part égale

9. Dans votre patientèle, vous voyez des buveurs excessifs : (une seule réponse possible)

- Très souvent
- Souvent
- Rarement
- Jamais

10 (Question non posée aux addictologues)

11 (Question non posée aux addictologues)

12. Quels examens demandez-vous, le plus souvent, pour rechercher une fibrose hépatique chez un buveur excessif ? (Plusieurs réponses possibles)

- Bilan lipidique
- Glycémie à jeun
- Sérologies des hépatites virales : B, C
- Echographie abdominale
- Alpha foeto protéine (aFP)
- Numération formule sanguine (NFS)
- Bilan hépatique complet (BHC)
- Taux de prothrombine (TP)
- Albuminémie
- Elastométrie hépatique
- Score sanguin de fibrose hépatique (FibroTest®, FibroMètre®, ...)

13. Habituellement, quand recherchez-vous une fibrose hépatique chez les buveurs excessifs ? (Plusieurs réponses possibles)

- Jamais
- Systématiquement au début de la prise en charge
- Régulièrement, lors du suivi
- Après un sevrage effectif

14. A partir de quelle quantité d'alcool consommée par jour estimez-vous qu'il y ait un risque significatif de développer une fibrose hépatique en verres ou unités standard (=10 g) /j ? (Une seule réponse possible)

- 1
- 4
- 7
- 10
- 15
- Ne sait pas

15 (Question non posée aux addictologues)

16. De façon générale, pour rechercher les complications d'une cirrhose (varices œsophagiennes, carcinome hépatocellulaire, ...) chez vos patients : (Une seule réponse possible)

- Vous vous chargez vous-même d'en prescrire le bilan
- Vous confiez cette tâche à un autre spécialiste
- Vous ne voyez pas assez de patients cirrhotiques pour répondre à cette question

17. Pensez-vous qu'un diagnostic de fibrose hépatique puisse motiver un buveur excessif à diminuer ou arrêter sa consommation d'alcool ? (Une seule réponse possible)

- Très souvent
- Souvent
- Rarement
- Très rarement
- Sans opinion

18. Pensez-vous qu'une fibrose hépatique significative d'origine alcoolique puisse régresser à l'arrêt de la consommation d'alcool ? (Une seule réponse possible)

- Très souvent
- Souvent
- Rarement
- Très rarement
- Sans opinion

19. Connaissez-vous les tests sanguins de fibrose hépatique (FibroTest[®], FibroMètre[®], ...) ? (Une seule réponse possible)

- Oui
- Non

20. Connaissez-vous l'élastométrie impulsionnelle (Fibroscan[®]) ? (Une seule réponse possible)

- Oui
- Non

21. Vous arrive t il de prescrire des tests non invasifs de fibrose hépatique (élastométrie hépatique ou scores sanguins de fibrose hépatique) ? (Une seule réponse possible)

- Très souvent
- Souvent
- Rarement
- Jamais

22. A quel moment pensez-vous qu'il soit le plus opportun d'utiliser un test de diagnostic non invasif de fibrose hépatique ? (Une seule réponse possible)

- Avant sevrage
- Après sevrage
- Avant et après sevrage
- Sans opinion

23. Selon vous, quel est l'intérêt de demander un test non invasif de fibrose hépatique chez le buveur excessif ayant : (Une seule réponse par ligne)

| | Intérêt faible | Assez bonne indication | Très bonne indication | Sans opinion |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Un bilan biologique normal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Une augmentation isolée des gammas GT..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Une augmentation des transaminases..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Des anomalies biologiques régressives après sevrage alcoolique..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Une cirrhose évidente..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

24. Avez-vous déjà demandé ou demandez-vous régulièrement : (Une seule réponse possible)

- Uniquement l'élastométrie hépatique
- Uniquement les tests sanguins de fibrose hépatique
- Les deux quand cela est ou était possible
- Aucun des deux

25 (Question non posée aux addictologues)

26. Avez-vous facilement accès à un examen d'élastométrie hépatique (Fibroscan®) ? (Une seule réponse possible)

- Oui, facilement dans mon cabinet ou centre d'exercice
- Oui, facilement dans une autre structure
- Non, l'accès à cet examen est difficile
- Je ne sais pas car je ne le demande jamais ou trop rarement

27. Dans quel délai pouvez-vous obtenir un rendez-vous pour cet examen ? (Une seule réponse possible)

- Le jour même
- Moins d'une semaine
- Moins d'un mois
- Plus d'un mois
- Je ne sais pas car je ne le demande jamais ou trop rarement

28. Quelle-est pour vous l'importance d'un diagnostic précoce de fibrose hépatique chez les buveurs excessifs ? (Une seule réponse possible)

- Très important
- Moyennement important
- Peu important
- Pas important

29. Pour votre pratique personnelle, pensez-vous qu'il y ait besoin de recommandations claires pour le diagnostic de fibrose hépatique chez les buveurs excessifs ? (Une seule réponse possible)

- Oui, cela serait une aide très importante
- Oui, cela serait une aide relativement importante
- Non, cela ne m'aiderait pas vraiment

30. Selon vous, quels sont les principaux obstacles au diagnostic précoce de la maladie alcoolique du foie chez les buveurs excessifs ? (Une seule réponse possible par ligne)

| | Pas important | Assez important | Très important | Sans opinion |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. L'absence de tests fiables | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. La difficulté d'aborder le problème de l'alcool | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. La mauvaise observance du patient | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. La mauvaise accessibilité des TNI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. L'absence de recommandations claires sur les stratégies diagnostiques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. L'absence d'intérêt général pour ce diagnostic précoce | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

31 (Question non posée aux addictologues)

32 (Question non posée aux addictologues)

33 (Question non posée aux addictologues)

34. Merci de vous identifier en précisant vos nom(s) et prénom(s) afin d'éviter d'être relancé (Vos réponses seront rendues anonymes) :

ANNEXE 3 - Questionnaire pour les médecins hépato-gastroentérologues

1. Sexe : (Une seule réponse possible)

- Masculin
- Féminin

2. Age : (réponse chiffrée)

3. Exercice professionnel : (Plusieurs réponses possibles)

- Seul, en cabinet privé
- Cabinet de groupe
- Centre hospitalier universitaire
- Centre hospitalier non-universitaire

4 (Question non posée aux hépato-gastroentérologues)

5 (Question non posée aux hépato-gastroentérologues)

6. Avez-vous une ou plusieurs orientation(s) particulière(s) ? (Plusieurs réponses possibles)

- Hépatologie
- Alcoologie
- Endoscopie interventionnelle
- Proctologie
- Maladies inflammatoires intestinales
- Cancérologie
- Autre orientation
- Aucune orientation particulière

7 (Question non posée aux hépato-gastroentérologues)

8 (Question non posée aux hépato-gastroentérologues)

9. Dans votre patientèle, vous voyez des buveurs excessifs : (Une seule réponse possible)

- Très souvent
- Souvent
- Rarement
- Jamais

10. Ces buveurs excessifs vous sont-ils le plus souvent adressés pour : (Plusieurs réponses possibles)

- Exploration d'anomalies du bilan hépatique
- Mésusage de l'alcool avec demande de bilan et recherche de complications
- Symptomatologie digestive en rapport avec l'alcool
- Une autre symptomatologie digestive
- Sevrage alcoolique
- Prise en charge d'une cirrhose

11. Que proposez-vous le plus souvent à un buveur excessif ? (Plusieurs réponses possibles)

- Des conseils et information pour réduire sa consommation d'alcool
- Un sevrage ambulatoire par vos soins
- Un sevrage dans un centre hospitalier ou une structure spécialisée
- Une consultation ambulatoire d'addictologie
- Une consultation de psychiatrie
- Les coordonnées d'une association d'anciens buveurs
- Un entretien avec une équipe mobile d'addictologie
- Je ne vois pas assez de buveurs excessifs pour répondre à cette question

12 (Question non posée aux hépato-gastroentérologues)

13. Habituellement, quand recherchez-vous une fibrose hépatique chez les buveurs excessifs ? (Plusieurs réponses possibles)

- Jamais
- Systématiquement au début de la prise en charge
- Régulièrement, lors du suivi
- Après un sevrage effectif
- Je ne vois pas assez de buveurs excessifs pour répondre à cette question

14. A partir de quelle quantité d'alcool consommée par jour estimez-vous qu'il y ait un risque significatif de développer une fibrose hépatique en verres ou unités standard (=10 g) /j ? (Une seule réponse possible)

- 1
- 4
- 7
- 10
- 15
- Ne sait pas

15. Selon vous, les indications de la ponction biopsique hépatique (PBH) dans la maladie alcoolique du foie sont : (Une seule réponse possible)

- Exceptionnelles
- Peu fréquentes
- Assez fréquentes
- Sans opinion

16 (Question non posée aux hépato-gastroentérologues)

17. Pensez-vous qu'un diagnostic de fibrose hépatique puisse motiver un buveur excessif à diminuer ou arrêter sa consommation d'alcool ? (Une seule réponse possible)

- Très souvent
- Souvent
- Rarement
- Très rarement
- Sans opinion

18. Pensez-vous qu'une fibrose hépatique significative d'origine alcoolique puisse régresser à l'arrêt de la consommation d'alcool ? (Une seule réponse possible)

- Très souvent
- Souvent
- Rarement
- Très rarement
- Sans opinion

19 (Question non posée aux hépato-gastroentérologues)

20 (Question non posée aux hépato-gastroentérologues)

21 (Question non posée aux hépato-gastroentérologues)

22. A quel moment pensez-vous qu'il soit le plus opportun d'utiliser un test de diagnostic non invasif de fibrose hépatique ? (Une seule réponse possible)

- Avant sevrage
- Après sevrage
- Avant et après sevrage
- Sans opinion

23. Selon vous, quel est l'intérêt de demander un test non invasif de fibrose hépatique chez le buveur excessif ayant : (Une seule réponse par ligne)

| | Intérêt faible | Assez bonne indication | Très bonne indication | Sans opinion |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Un bilan biologique normal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Une augmentation isolée des gammas GT..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Une augmentation des transaminases..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Des anomalies biologiques régressives après sevrage alcoolique..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Une cirrhose évidente..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

24. Avez-vous déjà demandé ou demandez-vous régulièrement : (Une seule réponse possible)

- Uniquement l'élastométrie hépatique
- Uniquement les tests sanguins de fibrose hépatique
- Les deux quand cela est ou était possible
- Aucun des deux

25 (Question non posée aux hépato-gastroentérologues)

26. Avez-vous facilement accès à un examen d'élastométrie hépatique (FibroScan®) ? (Une seule réponse possible)

- Oui, facilement dans mon cabinet ou centre d'exercice
- Oui, facilement dans une autre structure
- Non, l'accès à cet examen est difficile
- Je ne sais pas car je ne le demande jamais ou trop rarement

27. Dans quel délai pouvez-vous obtenir un rendez-vous pour cet examen ? (Une seule réponse possible)

- Le jour même
- Moins d'une semaine
- Moins d'un mois
- Plus d'un mois
- Je ne sais pas car je ne le demande jamais ou trop rarement

28. Quelle-est pour vous l'importance d'un diagnostic précoce de fibrose hépatique chez les buveurs excessifs ? (Une seule réponse possible)

- Très important
- Moyennement important
- Peu important
- Pas important

29. Pour votre pratique personnelle, pensez-vous qu'il y ait besoin de recommandations claires pour le diagnostic de fibrose hépatique chez les buveurs excessifs ? (Une seule réponse possible)

- Oui, cela serait une aide très importante
- Oui, cela serait une aide relativement importante
- Non, cela ne m'aiderait pas vraiment

30. Selon vous, quels sont les principaux obstacles au diagnostic précoce de la maladie alcoolique du foie chez les buveurs excessifs ? (Une seule réponse possible par ligne)

| | Pas important | Assez important | Très important | Sans opinion |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. L'absence de tests fiables | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. La difficulté d'aborder le problème de l'alcool | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. La mauvaise observance du patient | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. La mauvaise accessibilité des TNI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. L'absence de recommandations claires sur les stratégies diagnostiques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. L'absence d'intérêt général pour ce diagnostic précoce | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

31. Pensez-vous qu'il y ait besoin d'un dépistage systématique organisé de la fibrose hépatique chez les buveurs excessifs ? (Une seule réponse possible)

- Oui, cela me paraît absolument nécessaire
- Oui, cela me paraît une idée intéressante
- Non, cela ne me paraît pas très pertinent
- Non, cela ne me paraît pas du tout pertinent

32 (Question non posée aux hépato-gastroentérologues)

33. S'il y avait un dépistage systématique organisé de la fibrose hépatique chez les buveurs excessifs, quel(s) test(s) vous semblerai(en)t le(s) plus approprié(s) ? (Une seule réponse possible)

- L'élastométrie hépatique
- Les tests sanguins spécifiques
- Les deux
- Aucun des tests précédents

34. Merci de vous identifier en précisant vos nom(s) et prénom(s) afin d'éviter d'être relancé (Vos réponses seront rendues anonymes) :

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCTION | 3 |
| MATERIELS ET METHODES | 7 |
| Questionnaires | 7 |
| Médecins ciblés | 7 |
| Recueil des réponses et calculs statistiques..... | 8 |
| RESULTATS | 9 |
| Caractéristiques sociodémographiques des praticiens ayant répondu à l'enquête (Tableau 1)..... | 9 |
| Activité addictologique (Tableau 2) | 9 |
| Prise en charge de la MAF (Tableau 3)..... | 10 |
| Conséquences du diagnostic de MAF, consommation alcoolique et fibrose hépatique (Tableau 4) | 11 |
| Connaissances et indications des TNI (Tableau 5)..... | 11 |
| Modalités pratiques d'utilisation des TNI (Tableau 6) | 12 |
| Diagnostic précoce et dépistage de la MAF (Tableau 7 et tableau 7 bis.) | 13 |
| DISCUSSION | 15 |
| 1. Importance de la question du diagnostic précoce de la MAF | 15 |
| 2. Obstacles au diagnostic précoce de la MAF (figure 1) | 16 |
| 2.1. Problème de l'observance du patient | 16 |
| 2.2. Absence de recommandations..... | 17 |
| 2.3. Manque d'intérêt général pour le diagnostic de MAF | 18 |
| 2.4. Problème de l'abord de l'alcool en consultation | 18 |
| 2.5. Accessibilités des TNI..... | 19 |
| 2.6. Fiabilité des tests diagnostics actuels..... | 19 |
| 3. Proposition de solutions et de modalités pratiques pour le diagnostic précoce de la MAF..... | 19 |
| 3.1. Recommandations..... | 19 |
| 3.2. Formation spécifique et adaptée à la pratique clinique | 21 |
| 3.3. Meilleure organisation des soins..... | 23 |
| 4. Limites | 24 |
| CONCLUSION | 26 |
| BIBLIOGRAPHIE | 28 |
| TABLEAUX | 30 |
| Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques | 30 |

| | |
|--|-----------|
| Tableau 2 : Activité addictologique | 31 |
| Tableau 3 : Prise en charge générale de la MAF | 32 |
| Tableau 3 (suite): Prise en charge générale de la MAF..... | 33 |
| Tableau 4: Conséquences diagnostic, fibrose et consommation..... | 34 |
| Tableau 5: Connaissance et indications des TNI | 35 |
| Tableau 6: Modalités pratiques d'utilisation des TNI..... | 36 |
| Tableau 7: Diagnostic précoce et dépistage..... | 37 |
| Tableau 7 bis : Question 30 | 38 |
| <u>FIGURE 1 (Question 30).....</u> | <u>39</u> |
| <u>ABREVIATIONS.....</u> | <u>40</u> |
| <u>ANNEXE 1 - Questionnaire pour les médecins Généralistes.....</u> | <u>41</u> |
| <u>ANNEXE 2 - Questionnaire pour les médecins addictologues</u> | <u>46</u> |
| <u>ANNEXE 3 - Questionnaire pour les médecins hépato-gastroentérologues.....</u> | <u>52</u> |