

LA CONSOMMATION D'ALCOOL DANS LE MILIEU MÉDICAL

LENOIR AL (1), GIET D (2)

RÉSUMÉ : La consommation problématique d'alcool chez les médecins est un enjeu important pour les systèmes de santé en raison des répercussions possibles sur les forces de travail et sur la qualité des soins donnés aux patients. L'objectif de cette revue narrative de la littérature est d'étudier la prévalence, les facteurs de risque, la détection et la prise en charge des consommations problématiques d'alcool chez les médecins et les étudiants en médecine. Le pourcentage de médecins ayant une consommation d'alcool à risque est supérieur à celui de la population générale. Les facteurs identifiés comme corrélés à un plus haut risque de consommation problématique d'alcool sont le genre masculin, l'âge, des composantes du burnout et des traits de personnalité comme le névrosisme, l'extraversion et l'alexithymie. La détection et la prise en charge des médecins avec une consommation problématique d'alcool semblent complexes en raison de l'absence d'organisme veillant au dépistage des consommations à risque et à certaines caractéristiques des médecins les incitant à négliger leur santé et à ne pas consulter un confrère. Il semble donc opportun de mettre en place des stratégies de prévention, visant les médecins et les étudiants en médecine, mais également de développer des structures de soutien aux médecins en difficultés.

MOTS-CLÉS : *Consommation d'alcool à risque - Étudiants en médecine - Médecins - Prévalence - Facteurs de risque - Détection - Prise en charge*

ALCOHOL CONSUMPTION IN MEDICAL COMMUNITY

SUMMARY : Alcohol consumption by physicians is an important issue for health systems due to its possible impacts on health workforce and quality of care. The aim of this narrative review of the literature was to analyze the prevalence, risk factors, detection and care of hazardous alcohol consumption by physicians and medical students. The prevalence of risky alcohol use among physicians is higher than the overall population. Factors associated to higher risk are being a male, age, burnout components and personality characteristics like neuroticism, extroversion and alexithymia. Detection and care of physicians with risky alcohol use is complex. There is no organized screening for risky drinking. Furthermore, physicians tend to specifically neglect their health and do not easily consult their colleagues. It appears appropriate to set up a prevention strategy for physicians and medical students, as well as to develop support structures.

KEYWORDS : *Risky drinking - Medical students - Physicians - Prevalence - Risk factors - Detection - Care*

INTRODUCTION

La consommation d'alcool fait partie de la vie quotidienne de nombreux européens pour plusieurs raisons : elle favorise la sociabilité, s'intègre à l'alimentation et apporte une détente face aux responsabilités quotidiennes (1). Cette consommation a, pourtant, de multiples impacts sur la santé. Une consommation problématique augmente le risque de nombreuses maladies chroniques. Elle est également responsable de l'exacerbation de troubles mentaux ou physiques préexistants. Elle provoque, en outre, des intoxications, est associée à de nombreuses lésions traumatiques et peut engendrer une dépendance. Les médecins sont naturellement et fréquemment confrontés à ces effets néfastes de l'alcool sur la santé observés chez leurs patients. Pourtant, la majorité d'entre eux

consomment régulièrement de l'alcool, parfois de façon problématique (2, 3).

La consommation problématique d'alcool chez les médecins est une question importante pour les systèmes de santé.

D'abord, tout problème de santé des médecins a des répercussions potentielles sur la force de travail du corps médical, liées à des arrêts de travail parfois prolongés (4). Ensuite, une consommation problématique d'alcool peut avoir des répercussions négatives sur la qualité des soins. Ainsi, une consommation excessive d'alcool peut altérer les fonctions cognitives et l'exécution des tâches quotidiennes (5). Des études ont montré une dégradation des performances chirurgicales ainsi qu'un effet néfaste sur la communication au sein des équipes de soins dans la journée qui suivait une consommation excessive d'alcool (6-8). Les activités de promotion de la santé peuvent, également, être déforcées par le comportement des médecins qui jouent un rôle de modèle pour les patients. Il a aussi été démontré que les médecins ayant une consommation problématique d'alcool ou de tabac étaient moins rigoureux concernant ces activités de promotion de la santé (4, 9).

L'objectif de cette revue narrative de la littérature est d'étudier la prévalence, les facteurs de risque, la détection et la prise en charge des consommations problématiques d'alcool chez les médecins et les étudiants en médecine.

(1) Chargée de cours, Département de Médecine générale, Liège Université, Belgique.

(2) Professeur, Département de Médecine générale, Liège Université, Belgique.

PRÉVALENCE

En Belgique, deux études, réalisées en 2011, se sont intéressées à la consommation d'alcool des médecins.

La première montrait qu'environ 18 % des médecins hospitaliers belges avaient une consommation problématique d'alcool. De plus, 16,8 % déclaraient une consommation excessive d'alcool (≥ 6 verres en une occasion) dans le mois précédant l'étude (2). La seconde mettait en évidence une consommation quotidienne d'alcool chez 14 % des médecins généralistes flamands (3). Parmi eux, 12 % déclaraient une consommation mensuelle excessive d'alcool (≥ 5 verres en une occasion) et 34 % avaient une consommation à risque au score AUDIT («Alcohol Use Disorders Identification Test») (10). Selon ces deux mêmes études, le taux d'abstinents était de 8,1 % parmi les médecins spécialistes et de 14 % parmi les médecins généralistes.

En comparaison, selon l'Enquête de Santé Publique de 2013, 14 % des belges âgés de plus de 15 ans consommaient quotidiennement de l'alcool, 8,5 % avaient déclaré une consommation excessive d'alcool mensuelle (≥ 6 verres en une occasion) et 10,5 % avaient une consommation à risque selon le score CAGE (ce score est établi sur base des réponses à quatre questions) (11, 12). Les abstinents représentaient 13,2 % de la population belge.

Le **Tableau I** compare les trois populations précédemment citées en termes de pourcentage d'abstinents, de consommation quotidienne, de consommation à risque et de consommation excessive.

FACTEURS DE RISQUE

LE GENRE

Diverses études ont montré que les hommes médecins étaient plus à risque d'une consommation problématique que les femmes (13-15). En Belgique, parmi les médecins hospitaliers, le taux de consommation problématique était de 20,7 % chez les hommes contre 14,9 % chez les femmes (2). Parmi les médecins généralistes flamands, ce taux était de 47 % pour les hommes contre 16 % pour les femmes (3). Cette différence de genre est également retrouvée dans la population belge générale (14,6 % des hommes contre 6,3 % des femmes) (11).

Une étude allemande mettait en évidence une différence plus marquée par rapport à la population générale pour les femmes. Les auteurs émettaient l'hypothèse qu'une consommation problématique d'alcool serait liée au stress généré par un plus haut niveau de difficulté à concilier vie privée et vie professionnelle (14). La consommation d'alcool serait alors, selon eux, une stratégie de coping dysfonctionnelle (le coping est un terme utilisé en psychologie pour décrire tous les processus qui sont mis en place afin de faire face à un traumatisme ou à un stress et de continuer à suivre le cours de sa vie normale).

L'ÂGE

Les médecins plus âgés sont plus à risque d'une consommation problématique d'alcool (2, 14-16). Le taux d'abstinents est, au contraire, plus important parmi les plus jeunes (16). Une augmentation du risque avec l'âge est également retrouvée dans la population générale belge. Ainsi, le pourcentage de personnes avec

Tableau I. Comparaison des pourcentages d'abstinents, de consommation quotidienne, de consommation à risque et de consommation excessive parmi les médecins spécialistes belges, les médecins généralistes flamands et la population générale belge (* selon le score utilisé)

Population	Abstinents	Consommation quotidienne	Consommation à risque	Consommation excessive d'alcool dans le mois précédent
Médecins spécialistes belges	8,1 %	/	18,0 – 18,3 %*	16,8 %
Médecins généralistes flamands	14 %	14,0 %	34,0 %	12,0 %
Population belge âgée de plus de 15 ans	13,2 %	14,0 %	10,5 %	8,5 %

un score CAGE positif augmente jusque 65 ans alors que le taux d'abstinents décroît (11).

Plusieurs explications sont avancées par les auteurs de ces études. Tout d'abord, des changements culturels ont eu lieu ces dernières années. Les comportements limitant la consommation d'alcool sont plus valorisés que par le passé. Ensuite, les jeunes générations ont été plus informées des risques liés à une consommation problématique d'alcool. En outre, des changements ont également eu lieu dans les hôpitaux afin de favoriser des comportements sains. De plus, pour certains auteurs, les jeunes médecins auraient des charges de travail plus importantes, limitant le temps et les occasions favorables à la consommation d'alcool. Enfin, la féminisation de la profession médicale implique que le genre masculin, plus à risque de consommation problématique, est moins représenté parmi les jeunes médecins.

ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

Des études de prévalence internationales montrent qu'environ un étudiant en médecine sur trois a une consommation problématique d'alcool (17, 18). Les consommations excessives d'alcool sont également fréquentes. Une étude française rapportait que 74,8 % des étudiants avaient eu au moins une alcoolisation à risque dans les deux semaines précédant l'enquête (18).

Les études cherchant à comparer la consommation d'alcool des étudiants en médecine à celle d'autres facultés ont des résultats contradictoires (17, 19). Toutefois, la consommation d'alcool des étudiants en médecine est à prendre en considération en raison des conséquences possibles à long terme sur les soins aux patients (19). Il a, par exemple, été démontré qu'une consommation problématique d'alcool pendant les études était un facteur prédictif de problèmes d'alcool après 10 ans (20). De plus, selon Belfrage et coll., les étudiants en médecine consommant de l'alcool dans le but de lutter contre le stress auraient un sentiment de compétence moindre 10 ans après la fin de leurs études (21). Cette utilisation de l'alcool, en tant que stratégie de coping, semble plus importante en début de pratique en raison de la position d'étudiant, du manque d'expérience et du nombre de nouveaux défis.

SPÉCIALITÉS MÉDICALES

Les résultats concernant des différences entre spécialités médicales ne sont pas homogènes. Une étude allemande montrait un risque

plus élevé de consommation problématique dans les spécialités chirurgicales (13). Joos et coll., quant à eux, mettaient en évidence que des spécialités comme la gynécologie-obstétrique, la psychiatrie, l'anesthésie-réanimation étaient plus à risque de consommation problématique que la pédiatrie (2). Les pédiatres étaient, également, moins à risque de consommation excessive, au contraire des chirurgiens chez qui le taux de binge drinking était le plus élevé. Toutefois, ces différences n'étaient pas statistiquement significatives. Cette absence de différences significatives entre les spécialités médicales a également été démontrée dans une étude australienne (15).

Joos et coll. soulignaient également que des différences de répartition de genre existaient entre les différentes spécialités (2). Les spécialités composées majoritairement de femmes seraient moins à risque par le fait que celles-ci ont un moindre taux de consommation problématique. Cette étude montrait également des différences plus importantes (sans que celles-ci soient statistiquement significatives) entre les spécialités parmi les femmes (2). Ainsi, les femmes pratiquant des spécialités comme l'anesthésie-réanimation, la médecine interne et la gynécologie-obstétrique étaient plus à risque de consommation excessive. Un taux de binge drinking était également plus important chez les chirurgiennes. L'hypothèse suggérée était que le type de travail aurait plus d'influence sur les femmes que sur les hommes. Les femmes pratiquant une discipline avec une charge de travail élevée, des horaires irréguliers, de nombreuses gardes et des situations de stress fréquentes seraient à plus haut risque de consommation problématique.

FACTEURS LIÉS AU TRAVAIL

Les facteurs liés à la pratique médicale semblent avoir un lien moins significatif que ceux liés aux facteurs démographiques et à la personnalité (15). Toutefois, deux des composantes du burnout (l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation) sont positivement corrélées à une consommation problématique d'alcool (22, 23).

Une étude allemande soulignait également une association négative entre résilience et consommation problématique d'alcool (14). Cela suggère que la consommation d'alcool serait, pour certains médecins, un mécanisme de coping. Cette étude a également montré que les médecins vivant des expériences de stress au travail, liées à un sur-engagement, sont également plus à risque. Toutefois, les expériences

de stress vécues pendant les temps de loisirs ont montré un lien plus fort avec une consommation excessive d'alcool.

Certains auteurs suggéraient également qu'une charge de travail élevée et une limitation du temps libre seraient des facteurs protecteurs, en réduisant le temps pour la socialisation, favorable à la consommation d'alcool (15).

PERSONNALITÉ

Des facteurs en lien avec la personnalité des médecins ont également été mis en évidence. Ainsi, selon une étude australienne, le névrosisme et l'extraversion sont corrélés à un plus haut risque de consommation problématique d'alcool (15). De même, une étude danoise montrait un lien positif entre alexithymie (difficulté à identifier, différencier et exprimer ses émotions) et consommation problématique (23).

DÉTECTION ET PRISE EN CHARGE DES MÉDECINS AVEC UNE CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL

La détection et la prise en charge des médecins avec une consommation problématique d'alcool semblent complexes à plusieurs égards.

Tout d'abord, il n'existe actuellement pas d'organisme, en Belgique, veillant à la santé des médecins et pratiquant le dépistage de consommations à risque. Une large proportion de médecins belges travaille sous le statut d'indépendant et n'a donc pas accès à des structures de médecine préventive.

Ensuite, les médecins possèdent des caractéristiques propres, expliquant leur propension à négliger leur santé (4). Les médecins tardent à traiter un problème concernant leur propre santé. La plupart n'ont pas de médecin traitant et pratiquent l'automédication. Ces habitudes favorisent l'évitement et le déni ainsi que la mise en place de stratégies de coping dysfonctionnel. Une étude danoise a montré que, parmi les médecins avec un score d'AUDIT positif, 76,9 % ne jugeaient pas leur consommation comme problématique (24).

En outre, un autre facteur expliquant la difficulté à détecter les comportements à risque des médecins est leur faible disposition à faire part de leurs difficultés à un collègue de peur d'une stigmatisation ou d'un jugement sur leur capacité à faire face aux situations difficiles (4).

Enfin, Sorensen et coll. indiquaient que seule une faible majorité des médecins (de l'ordre

de 57 %) détectant une consommation problématique d'alcool chez un de leurs collègues l'encourageait à se faire aider et une minorité rapportait les comportements à risque (24). Cela est cohérent avec les résultats de Wallace et coll. qui indiquaient que la préservation de la confidentialité entre médecins dominait même lorsque la qualité des soins prodigués aux patients était compromise (4).

Concernant la prise en charge des médecins avec une consommation problématique d'alcool, il existe, dans d'autres pays comme le Canada, les Etats-Unis ou le Royaume-Uni, des programmes spécifiques ayant pour objectif de veiller à la santé des médecins, en ce compris les problèmes de comportement à risque (4). En Belgique, il n'existe actuellement qu'une seule structure, à l'échelon national, dédiée aux médecins en demande d'aide psychosociale : la plateforme «médecins en difficultés» (25). Celle-ci permet, via un numéro d'appel gratuit, d'être référé à un médecin de confiance et d'établir, avec lui, la prise en charge adéquate.

CONCLUSION

La consommation problématique d'alcool n'est pas rare dans le milieu médical et ses conséquences possibles sur les intéressés, mais aussi sur la qualité des soins aux patients, méritent que l'on y accorde de l'importance. Il semble donc opportun de mettre en place des stratégies de prévention, visant les médecins et les étudiants en médecine, reposant sur les facteurs identifiés comme favorisants et sur lesquels une action est possible. Ainsi, les initiatives permettant de prévenir le stress et l'épuisement professionnel pourraient permettre de lutter contre la mise en place de processus de coping dysfonctionnels. Il paraît également nécessaire de développer les structures de soutien aux médecins en difficultés afin de permettre une détection et une prise en charge efficaces des comportements à risque.

BIBLIOGRAPHIE

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva, 2018.
2. Joos L, Glazemakers I, Dom G.— Alcohol use and hazardous drinking among medical specialists. *Eur Addict Res*, 2013, **19**, 89-97.
3. Saeys F, Cammu H.— GPs' attitudes on a healthy lifestyle : a survey of GPs in Flanders. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*, 2014, **64**, e664-669.

4. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA.— Physician wellness : a missing quality indicator. *Lancet*, 2009, **374**, 1714-1721.
5. Gunn C, Mackus M, Griffin C, et al.— A systematic review of the next-day effects of heavy alcohol consumption on cognitive performance. *Addict Abingdon Engl*, 2018, **113**, 2182-2193.
6. Van Dyken I, Szlabick RE, Sticca RP.— Effect of alcohol on surgical dexterity after a night of moderate alcohol intake. *Am J Surg*, 2013, **206**, 964-968; discussion 967-968.
7. Gallagher AG, Boyle E, Toner P, et al.— Persistent next-day effects of excessive alcohol consumption on laparoscopic surgical performance. *Arch Surg*, 2011, **146**, 419-426.
8. Kirby G, Kapoor K, Das-Purkayastha P, Harries M.— The effect of alcohol on surgical skills. *Ann R Coll Surg Engl*, 2012, **94**, 90-93.
9. Bakhshi S, While AE.— Health professionals' alcohol-related professional practices and the relationship between their personal alcohol attitudes and behavior and professional practices : a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*, 2014, **11**, 218-248.
10. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, et al.— Development of the alcohol use disorders identification Test (AUDIT) : WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption II. *Addiction*, 1993, **88**, 791-804.
11. Gisle L, Demarest S.— Enquête de santé 2013. Rapport 2 : Comportements de santé et style de vie. Bruxelles : WIV-ISP; 2014.
12. Mayfield D, McLeod G, Hall P.— The CAGE questionnaire : validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry*, 1974, **131**, 1121-1123.
13. Rosta J.— Hazardous alcohol use among hospital doctors in Germany. *Alcohol Alcohol*, 2008, **43**, 198-203.
14. Unrath M, Zeeb H, Letzel S, et al.— Identification of possible risk factors for alcohol use disorders among general practitioners in Rhineland-Palatinate, Germany. *Swiss Med Wkly*, 2012, **142**, w13664.
15. Nash LM, Daly MG, Kelly PJ, et al.— Factors associated with psychiatric morbidity and hazardous alcohol use in Australian doctors. *Med J Aust*, 2010, **193**, 161-166.
16. Rosta J, Aasland OG.— Age differences in alcohol drinking patterns among Norwegian and German hospital doctors – a study based on national samples. *GMS Ger Med Sci*, 2010, **22**, 8. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2830568/>
17. Ketoja J, Svidkovski A-S, Heinälä P, et al.— Risky drinking and its detection among medical students. *Addict Behav*, 2013, **38**, 2115-2118.
18. Duroy D, Iglesias P, Perquier F, et al.— Hazardous drinking in Parisian medical students. *L'Encephale*, 2017, **43**, 334-339.
19. Wicki M, Kuntsche E, Gmel G.— Drinking at European universities? A review of students' alcohol use. *Addict Behav*, 2010, **35**, 913-924.
20. Newbury-Birch D, Walshaw D, Kamali F.— Drink and drugs : from medical students to doctors. *Drug Alcohol Depend*, 2001, **64**, 265-270.
21. Belfrage A, Grotmol KS, Lien L, et al.— Medical school predictors of later perceived mastery of clinical work among Norwegian doctors : a cohort study with 10-year and 20-year follow-up. *BMJ Open*, 2017, **7**, e014462.
22. Alexandrova-Karamanova A, Todorova I, Montgomery A, et al.— Burnout and health behaviors in health professionals from seven European countries. *Int Arch Occup Environ Health*, 2016, **89**, 1059-1075.
23. Pedersen AF, Sørensen JK, Bruun NH, et al.— Risky alcohol use in Danish physicians : associated with alexithymia and burnout? *Drug Alcohol Depend*, 2016, **160**, 119-126.
24. Sørensen JK, Pedersen AF, Bruun NH, et al.— Alcohol and drug use among Danish physicians. A nationwide cross-sectional study in 2014. *Dan Med J*, 2015, **62**, pii : A5132.
25. Médecins en difficultés/Arts in nood [Internet]. Available from : <https://www.medecinsendifficulte.be/>

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Pr D Giet, Département de Médecine générale, ULiège, Belgique.

Email : d.giet@ulg.ac.be