HAL
open science

Repérage des patients buveurs excessifs : enquête qualitative auprès de vingt médecins généralistes et enquête transversale auprès de deux cents patients du bassin cannois

Yonathan Beck

To cite this version:

Yonathan Beck. Repérage des patients buveurs excessifs : enquête qualitative auprès de vingt médecins généralistes et enquête transversale auprès de deux cents patients du bassin cannois. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-01023162

HAL Id: dumas-01023162

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01023162v1

Submitted on 11 Jul 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NICE

THESE pour l'obtention du

DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR en MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 11 Juillet 2013 par

Yonathan BECK

Né le 1er Septembre 1979 à Toulouse

REPÉRAGE DES PATIENTS BUVEURS EXCESSIFS : ENQUÊTE QUALITATIVE AUPRÈS DE VINGT MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET ENQUÊTE TRANSVERSALE AUPRÈS DE DEUX CENTS PATIENTS DU BASSIN CANNOIS

Directeur de Thèse : Docteur DEROCHET Max

Membres du jury

Monsieur le Professeur Stéphane SCHNEIDER	Président
Monsieur le Professeur Dominique PRINGUEY	Assesseur
Monsieur le Professeur Jean-Baptiste SAUTRON	Assesseur
Madame le Docteur Eve GELSI	Membre invité
Monsieur le Docteur Antoine TRAN	Membre invité

UNIVERSITE DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE

Liste des professeurs au **1er mars 2013** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen M. BAQUÉ Patrick

Assesseurs M. BOILEAU Pascal
M. HEBUTERNE Xavier
M. LEVRAUT Jacques

Conservateur de la bibliothèque M. SCALABRE Grégory

Chef des services administratifs Mme HIZEBRY Valérie

Doyens Honoraires M. AYRAUD Noël
M. RAMPAL Patrick

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
M. DARCOURT Guy
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DOLISI Claude
M. FREYCHET Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. HARTER Michel
M. INGLESAKIS Jean-André
M. LALANNE Claude-Michel
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAPALUS Philippe
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE BAS Pierre
M. LE FICHOUX Yves
M. LOUBIERE Robert
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. OLLIER Amédée
M. SCHNEIDER Maurice
M. SERRES Jean-Jacques
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M.ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
M. EMILIOZZI Roméo
M. GASTAUD Marcel
M. GIRARD-PIPAU Fernand
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. POIREE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	CAMOUS Jean-Pierre	Thérapeutique (48.04)
M.	DELLAMONICA Pierre	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	FRANCO Alain	Gériatrie et Biologie du vieillissement (53-01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GERARD Jean-Pierre	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HEBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
Mme	LEBRETON Elisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M.	ORTONNE Jean-Paul	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BERARD Etienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)

M.	RAUCOULES-AIME Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	ROSENTHAL Eric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépato-Gastroentérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BAQUE Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BOUTTE Patrick	Pédiatrie (54.01)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie Plastique (50.04)
M.	FERRARI Emile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUERIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PRADIER Christian	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie – virologie (45.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

M.	SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI-PERRET Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	DONZEAU Michèle	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	FRANKEN Philippe	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
M.	GIUDICELLI Jean	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)
Mme	HINAULLT Charlotte	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)
Mlle	LANDRAUD Luce	Bactériologie–Virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	MAGNE Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	MAGNIE Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et Mycologie (45.02)
Mlle	PULCINI Céline	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Epidémiologie-Economie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIES

M. DIOMANDE Mohenou Isidore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
Mme POURRAT Isabelle	Médecine Générale
Mme. KLEEFIELD Sharon	Médecine Légale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

M. GARDON Gilles	Médecine Générale
M. PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNES DE L'UNIVERSITE

M. BERTRAND François	Médecine Interne
M. BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M. CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAGNE Jacques	Biophysique M.
QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

Au président du Jury,

Monsieur le Professeur Stéphane SCHNEIDER

Vous me faites un très grand honneur en acceptant de présider cette thèse.

Nous avons eu la chance de vous côtoyer durant notre internat et de bénéficier de la richesse de votre enseignement. Nous vous remercions infiniment pour votre accueil, votre disponibilité, vos conseils précieux et votre confiance.

Nous vous prions de trouver ici le témoignage de notre reconnaissance, de notre admiration et de notre plus profond respect.

Au membre du Jury,

Monsieur le Professeur Dominique PRINGUEY,

Votre présence dans notre jury est pour nous un grand honneur. Nous vous remercions d'avoir aimablement accepté de juger ce travail et nous espérons qu'il saura vous intéresser. Votre enseignement et votre savoir reconnus de tous suscitent notre respect et notre admiration.

Soyez assuré de nos sincères remerciements et de notre plus grande considération.

Au membre du jury,

Monsieur le Professeur Jean-Baptiste SAUTRON,

Votre participation au jury de cette thèse m'honore. Je vous remercie sincèrement pour le dévouement et l'enseignement rigoureux que vous montrez auprès des internes de médecine générale.

Nous souhaitons que ce travail soit l'occasion de vous témoigner toute notre estime.

A mon directeur de thèse

Monsieur le Docteur Max Derochet,

Dès notre arrivée dans la région nous avons entendu parlé de vous. Pour votre travail exemplaire en tant que Maître de stage ou pour votre travail de médecin traitant. Nous n'avons pas pu avoir la chance d'être un de vos étudiants et cela restera un regret pour nous. Par contre nous sommes extrêmement honoré que vous ayez accepté de prendre la direction de ce travail. Je vous remercie du soutien et de la disponibilité que vous nous avez apportés.

Recevez, par ce travail, le témoignage de notre plus profond respect.

Au membre du jury,

Madame le Docteur Eve GELSI,

Nous avons eu la chance de vous rencontrer durant notre internat. Nous avons ainsi eu l'occasion d'apprendre énormément à la fois sur le plan théorique et clinique. Nous avons beaucoup apprécié votre bonne humeur et les rapports amicaux que nous avons pus développer par la suite.

Veuillez trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

Au membre du jury,

Monsieur le Docteur Antoine TRAN,

Nous avons eu la chance de vous rencontrer durant notre internat. Ce fut pour nous un honneur immense. Toujours disponible et arrangeant, apprendre à vos côtés, fut pour nous un très grand plaisir. Ces six mois passés ensemble furent trop rapides et resteront pour nous inoubliables. Pour votre aide en toutes occasions et circonstances nous vous sommes très reconnaissant.

Puisse ce travail être le reflet de notre sincère gratitude et de notre respect profond.

A ma famille :

Papa, Maman
Depuis ma naissance vous attendez ce jour ! Vous allez enfin pouvoir dire que votre fils est Docteur.
Vous êtes pour moi un exemple à tous les niveaux.
Merci pour votre amour, votre soutien, l'éducation que vous m'avez transmise, et votre présence constante à mes côtés.
Maman une véritable « yiddishe mame », papa la contre-mesure en quelques sortes, votre complémentarité si parfaite a fait de mois un homme épanoui.
Je ne vous appelle jamais assez, je ne vous vois pas assez, et je ne vous le dis pas assez souvent alors profitez en : JE VOUS AIME !

A mon frère Lionel
Tant de souvenirs en commun ! Tant de choses à dire ! Nos moments de complicité passés sont pour moi inoubliables. J'attends les prochains avec impatience. Depuis ta naissance je suis heureux de t'avoir à mes côtés. Même si parfois c'est toi qui a joué le rôle de grand frère j'espère que tu es aussi fier de moi que je le suis de toi.
Merci pour le soutien que tu me portes en permanence.
La distance qui nous sépare fait que tu me manques énormément et quotidiennement.
Je t'aime fort.

A ma belle-sœur Jenny
Je suis heureux de te connaître. Mon frère a de la chance d'avoir rencontré et épousé une femme comme toi. Tu me mets la pression : comment vais-je trouver aussi bien ? Je suis à chaque fois ravi de vous recevoir chez moi et j'espère le faire aussi souvent que possible que ce soit pour Shabbat ou pas.
Je vais faire le « lourd » mais je te dis un secret : j'ai hâte d'être tonton !

A ma grand mère Annie
Tu es la patronne du « clan des Beck ». Ta vie, un véritable roman, me pousse à l'admiration. Tu es pour moi, mais aussi pour toute la famille je pense, un exemple d'amour, de combativité, d'intelligence, de culture, et de joie vivre.
Ton engagement familial et associatif et tes témoignages incessants pour le souvenir de la Shoah me laissent admiratif. J'espère que ton emploi du temps de ministre te permettra d'être présente ce jour.

A Tati Hélène
L'anglaise de la famille. Tu as beau être loin, tu es en réalité très proche. Tu as toujours été présente aux moments importants de ma vie. Je n'oublierai jamais l'accueil que toi et ton mari Victor m'avez fait lors de mon premier voyage chez vous. Malgré les aléas de la vie, tu as su me montrer une bonne humeur permanente et ton rire m'accompagne partout.
Je voudrais également saluer ton fils Michel et son épouse Elisabeth ainsi que tes petits enfants. A ton tour d'être j'espère bientôt une jeune et dynamique arrière grand-mère.

A la mémoire de mon arrière grand-mère Léa :
J'ai eu le privilège de te connaître, et de grandir à tes côtés. La vie ne t'a pas épargnée mais tu as toujours su rester digne. L'amour que tu nous a apporté a contribué à l'enfance heureuse qu'on a pu avoir avec Lionel.
Personne ne réussira jamais à faire des « farfels » comme tu savais les faire.
Ta présence reste forte dans mon cœur mais tu me manques au quotidien.

A la mémoire de mon grand-père Léon
Ta présence à nos côtés a été un grand honneur. J'avais tant de choses à apprendre de toi, je regrette de ne pas avoir pu le faire.
Je ne t'oublierai jamais.

A la mémoire des mes grand-parents Lina et Romain
Je n'ai malheureusement pas eu le privilège de vous connaître. Vous êtes partis beaucoup trop tôt. Votre absence a été un manque impossible à combler pour moi. Mais rien que pour les parents que vous m'avez offerts, je vous aime.

A mes oncles et tantes André, Marc, Cornélia et Françoise
André et Marc : c'est grâce à vous si je me suis tourné vers les études de médecine. Vous êtes pour moi des exemples. J'espère que je garderai le même enthousiasme et la même volonté de toujours vouloir apprendre et m'améliorer dans ma future pratique.
Cornélia et Françoise : l'amour inébranlable pour la famille que vous manifestez est exemplaire.
A vous tous, c'est pour moi un plaisir immense de vous voir dès que possible et de discuter sur n'importe quel sujet. J'ai hâte de pouvoir tous vous réunir chez moi.

A ma cousine Rachel
Tu as su te démarquer et t'imposer dans ce milieu masculin. Ton enthousiasme, ton dynamisme et ta réussite sont pour nous tous un exemple. En attendant ta nomination sur la Côte d'Azur tu seras toujours la bienvenue chez moi.

A mes cousins Yoav, Romain, Ariel, Assaf, Simon et Daniel
Autant de différences que de talents. Je vous souhaite à tous la réussite que vous méritez. Je suis heureux toutes les fois, trop rares, où l'on arrive à être tous réunis. Les repas de famille chez mamie sont pour moi une vraie bouffée d'oxygène. La distance nous sépare mais vous êtes toujours dans mon cœur. Je vous attends tous quand vous voulez sur la côte !
Je voudrais également saluer Shino et mes beaux petits cousins Sarah et Akira, ainsi que Nam.

Au reste de ma famille :
Les Gabarski, Les Guigui, les Assoun, les Yardéni, les Lévy, et les Chiches . Aux canadiens (Marcel, Mini, Sylvie, Rob et tous leurs enfants). C'est toujours un très grand plaisir de vous retrouver.

Au personnel de l'hôpital :

Le cursus d'interne m'a permis de passer dans de nombreux services, et a transformé cet internat en une formidable expérience humaine. Merci à tous et en particulier :

A mes co-internes, dont beaucoup sont déjà chefs ou installés maintenant : Laetitia B., Jérôme, Didier, Laurie, François, Céline, Stéphane, Khaled, Antoine…
Une pensée émue pour Létizia C et sa famille.

A tous les autres internes dont j'ai eu le plaisir de croiser la route, notamment ceux de gastro-entérologie et de pédiatrie.

Aux médecins qui m'ont fait l'honneur de m'accueillir dans leurs services et de me consacrer un peu de leur temps et de leurs connaissances :

Aux Docteurs Christophe Perrin et Valérie Julien : Vous avez eu la lourde tache de me recevoir, dans un service « tout neuf », entant que nouvel interne de premier semestre. Vous avez su m'encadrer et m'inculquer la rigueur indispensable de mon début d'internat.

Au Docteur Philippe Follana : Je sais que ça n'a pas été facile pour toi, mais ce semestre à tes côté a été pour moi une vraie révélation professionnelle et amicale. Je n'en garde que de très bon souvenirs.

Au Professeur Jacques Levraut : Les six mois que j'ai passé dans votre service est pour moi un vrai privilège. Merci pour votre accueil, votre disponibilité et votre enseignement. Merci de l'intérêt que vous témoignez à tous vos internes et de votre investissement pour le Desc d'urgence.
Je voudrais également adresser ma reconnaissance à tous les médecins du SAU St Roch qui m'ont encadré.

Aux Docteurs Didier Caselles et Stéphanie Sauze : Mes maîtres de stage, merci pour votre accueil dans votre cabinet. Merci d'avoir énormément contribuer à mon apprentissage en médecine générale.

Aux Docteurs Hervé Haas et Michelle Berlioz : Pour votre accueil dans le service des urgences pédiatriques de l'Archet. Merci de m'avoir appris tant de choses et de m'avoir donné le goût pour la pédiatrie.

Au docteur Laure Lammens : Pour ta bonne humeur, ta gentillesse, tes compétences et ta patience permanente. Tu es un exemple de réussite, dans tous les domaines, que je voudrais suivre. Merci également pour toutes les soirées réelles ou fictives que tu m'organises. J'espère que ça va durer !

Au Docteur Rémy Barel : Je t'ai un peu exaspéré au début, mais merci pour la bienveillance dont tu as su faire preuve avec moi. Merci pour tout ce que tu as pu m'apprendre. On ne se voit plus assez mais j'espère que ça va changer. Merci aussi à nos deux clubs de cœur, aux rouges et noirs, de nous faire tant vibrer et à leurs prochaines confrontations ! Au fait c'est quand que tu m'apprends à poser la « voie de Barel » ?

A mes deux mères adoptives cannoises qui ont éclairé mon internat :
Au Docteur Annie Frèche : Merci pour votre accueil dans le service de réanimation, merci pour votre enseignement et merci pour vos qualités humaines qui font de vous un exemple. Les mots me manquent pour vous dire à quel point je suis heureux de vous avoir rencontrée, d'avoir appris auprès de vous et ensuite d'avoir travaillé avec vous. Merci pour votre soutien sans faille et de tout ce que vous avez fait pour moi. J'espère que vous trouverez dans ce travail une petite partie de toute ma reconnaissance.

Au Docteur Frédérique Merle : Dès mes premiers pas en garde aux urgences tu as su m'encadrer et me faire évoluer. Tu es pour moi un modèle de médecin par ton combat permanent pour les patients et pour le service. Tu es le médecin avec qui j'ai passé le plus de temps. C'est en grande partie à toi que je dois celui que je suis devenu. J'espère que je pourrai continuer d'évoluer à tes côtés. Tu es également une mère exemplaire et je souhaite toute la réussite qu'ils méritent à tes enfants.

Aux médecins des urgences de l'hôpital de Cannes : Edwige, Gisèle, Laetitia, Elodie, Carine, Ziad (le marathonien des urgences), Christophe, Jean-Michel, Christian B. et Christian G., Eric, Cyrille, Benoît et les « petits nouveaux » Nizar (le fêtard) et Djamel (le mousse). Ce fut pour moi un honneur de travailler à vos côtés. On a partagé tant de moments heureux parfois malheureux. Toutes ces années avec vous restent à jamais inoubliables.

Aux autres médecins de l'hôpital de Cannes : T. Tibi, A. Talbodec, N. Berkane, E. Lammens (le surfeur de Cannes), L. Liprandi, G. Zemour, L. Bali, F. Roland, Y. Duval, F. Chikli, V. Berkane, A. Belloir, E. Tarla, I. Honigman, J. Maalouf, R. Asztalos, B. Pebeyre, M. Mouzin, B. Prate, S. Giudicelli, L. Badan, O. Toullalan, L. D'Angelo, N. Montagne, R. Kaphan, A. Boscagli, G. Cozzari, J.B. Orler, Y. Fannan, S. Caro, A. Ganassi, et à tous les autres.
Un merci particulier au Docteur **Moïse Sarfati** qui a initié ce projet et qui m'a accueilli au CSAPA de Cannes ; au Docteur **Catherine Derochet**, avec qui j'ai eu plaisir de collaborer et qui m'a orienté vers son mari pour diriger ce travail.

Au personnel des services où j'ai eu le plaisir de travailler :
Le service de pneumologie de l'hôpital de Cannes, le service de cancérologie digestive de l'Archet, le service d'accueil des urgences de Saint-Roch, le service d'accueil des urgences pédiatriques de l'Archet.
Un merci particulier au personnel du service de Réanimation de Cannes : Emmanuelle, Annie-Laure, Marlène, Martine, Thomas, Olivia, Isa (la plus « bonne » des secrétaires !)…
Un grand merci également au personnel du service des urgences de Cannes dont une grande partie est devenue mes amis : Valérie, Nathalie, Carole, Nacéra, Mireille, Benjamin, Sylviane, Sylvie, Emilie, Caroline, Mariella, Adel, Laetitia, Virginie, Aimie, Sandra, Cyrille, Christophe, Daniel, Caroline, Aziza, Stéphanie, Olivier, Sophie, Moon, Patricia, Pascale, Sandrine, Sandra, Bettina, Joëlle, Marion, Séverine, Louise, Cyrielle…
A tous les autres que je n'ai pas cités sans pour autant les oublier.

Aux assistant(e)s social(e)s du CH Cannes : Noielle, Nicolas et tous les autres qui font un travail formidable.

Aux pompiers, chanteurs ou pas, de Cannes et des environs : merci pour votre professionnalisme.

A mes amis :

De Toulouse

A la famille Sanger : Reine, Micky, Yonathan, Edith. Depuis toujours vous avez été à mes côtés. J'ai pu m'épanouir grâce à vous. Je n'oublierai jamais tous les moments de bonheur passés que ce soit à Toulouse, Saint-Lary ou en Israël. Malgré la distance vous m'accompagnez en permanence. Edith je te souhaite beaucoup de bonheur dans ta nouvelle vie de maman.

A la famille Naon : Simone,Gérard, David et Dorothé. Mon enfance et mon adolescence se sont construites avec vous. Tant de moments, tant de fou-rires, tant de sueurs (que ce soit au taekwondo, au tennis ou au piano…) qui font que vous êtes présents dans presque tous mes souvenirs. Pour tout ce que vous avez fait je voulais vous remercier.

A la famille Bitoun : Chantal, Pierre, Laurence et Fabien. Depuis notre rencontre vous m'avez toujours considéré comme un membre de la famille.
Chantal, ton couscous est le meilleur. Vivement le prochain Shabbat chez vous !
Laurence, je veux aussi associer ton super mari Mathias et vos enfants Ava et Noa.
Fabien, que dire ? Un véritable frère depuis le camps d'Ascain. Depuis tu es toujours à mes côtés. Nos périples aux EI, à Tel-Aviv, à Rosas, en Croatie, sur Nice ou sur les pistes de ski ont renforcé notre amitié à jamais. Ton engagement et ton investissement aux EI ont suscité également mon admiration Grand Sachem Toucan Toco. Bienvenue à Edwige également.

A toute la famille Matusof aux quatre coins du monde : Non seulement vous êtes les amis de mes parents, mais je vous considère comme ma famille avec qui on partage les bons et les mauvais moments. Je vous apprécie énormément.

A Danièle Frajdenrajch : Notre amitié depuis notre plus tendre enfance est pour moi éternelle. Malgré toutes les difficultés et les aléas de la vie nous avons toujours su faire la part des choses. Nos virées nocturnes, nos vacances, un petit festival de Cannes… Autant de moments inoubliables. Je voudrais également remercier tes parents et ta sœur pour m'avoir accueilli à bras ouverts chez vous, et supporté toutes les soirées qu'on a pu faire chez vous. Je te souhaite beaucoup bonheur.

A Nicolas Larrieu, « Larrios » : Depuis le premier rang en classe au lycée à aujourd'hui les choses ont bien évolué ! Jusqu'à l'internat rien ne nous avait séparé ! Ton soutien m'a été indispensable à certain moments, tout comme nos coups de gueule ! Je suis toujours ravi de te recevoir à la maison. je veux saluer également ta maman, ta sœur Caroline, Didier et « Momo » ainsi que la mémoire de ton papa. J'espère que tu auras la réussite que tu espères, et je crois que c'est bien parti !

A Philippe Dahan, « El Dahhhane » : Tu m'as accompagné durant notre externat et ensuite tu m'as accueilli sur la « Côte d'Usure ». Tu as grandement contribué à mon intégration ici. Tous les moments passés ici sont inoubliables. Rentrer sur Toulouse quelle idée, tu me manques ! Heureusement que **Yaëlle** est niçoise ! Et je veux également la remercier pour l'accueil qu'elle m'a fait.

A Yohan Benayoun, « Yo b. La ceinture blanche » : Notre amitié s'est forgé durant notre scolarité et notre externat ! Dix ans dans la « même classe » ! J'ai vraiment eu de la chance de te rencontrer.

A François Concina et Julien Austruy : Vous m'avez accompagné depuis le lycée. On n'en a fait un bon paquet des « conneries » ensemble. Je pense très souvent à vous. Vous faites de supers papas !

A Benjamin Kadouch, « La Kidose » : Depuis les EI, nos études de médecine et notre internat à Nice que de similitudes dans nos parcours. En attendant ton retour je te souhaite un bon séjour parisien !

Aux Filles Cohen, Manu et Sarah : Ces années passées avec vous à Nice ont été pour moi une vraie bouffée toulousaine d'oxygène!

A Cécile Galiacy : Ma confidente préférée durant les études de médecine et par la suite. Tu es un exemple de courage et de combativité. J'ai hâte de te revoir ici ou ailleurs.

A mes amis des EI : Les Khélif incontournables (Laetitia, Florient, Julien…), les Rueff, Géraldine, Gaëlle, Jacques, Philippe, Julie, Yonathan, Nathan, les « Bilous », les « Barchos », Marc, Noémie… et tous les autres.

A mes amis de médecine : Bacchus, Grand Veineux, Boub et Pomme, Fred, Nicolas, Anne-Fred (le CDB), Leslie, Chacha, J-B, Marie, Alexandra, Maël, Morgan, Jean Buzz, Rouff, Bambino, Mattos…
Un merci particulier à **Mumu et Alex** : Vous avez été pour moi de véritables piliers durant les études mais également dans ma vie en général. J'espère que votre installation au Pays Basque sera une réussite. J'embrasse également vos enfants ainsi que ta sœur Alex : Charlotte.
Un autre merci à **François Gaussiat** (le « Goss ») : Tu es un modèle pour moi de part tes compétences médicales, tes capacités de communication et ton aptitude à faire la fête comme personne. J'ai adoré travailler avec toi quand tu es venu passer quelques mois chez nous.

A tous les autres : La famille Lebaz, Marie, Antoine (Tonio), Jim, Bertrand, Marc, Ben, Jean, Julien, Aurélie, Nathalie, David et J.F.(qui nous manque)…

De Nice

A la famille Haroch : Danièle, Daniel, Jérémy et Nathan, vous m'avez intégré dans votre adorable famille dès notre rencontre. Que ce soit pour Shabbat ou toutes autres fêtes c'est toujours un énorme plaisir d'être à vos côtés. Vous êtes pour moi une formidable famille d'adoption. Vous faites partie de mes piliers. Je vous en remercie infiniment.

A Isabelle Pavlakovic, Paméla Mocéri Cardiologue : Vous avez été les premières personnes à m'avoir intégrer ici. Sans doute grâce à votre amour pour Toulouse ! Vous êtes devenues de véritables amies sur qui je peux compter tant au niveau professionnel que privé. C'est par vous que j'ai pu rencontrer une grande partie de mes amis « niçois ». Je vous suis très reconnaissant.

A Ronny Bensaïd : Tu es devenu incontournable pour moi. Tous les moments partagés, à l'hôpital, à la cup, ou en dehors sont gravés à jamais dans ma mémoire. Tu as su aussi avec tes parents, ton frère, et tout particulièrement ta sœur **Auriane** (que j'embrasse) vous transformer en véritable famille d'accueil au moment des fêtes. C'est très important pour moi. Je te souhaite toute la réussite professionnelle et amoureuse que tu désires.

A Xavier (Capitaine) Flam : Mon plus vieil ami niçois depuis nos rencontres à Toulouse il y a 10 ans ou plus. Dijon, et Lyon ne nous ont pas séparés ! Un véritable capitaine de soirée et de navire ! Aussi bien « Nacho » que « Gonocoque » ! A tous nos prochains matchs enflammés l'année prochaine. Et tu sais je crois qu' « on va s'en sortir » ! Ca y est tu peux être satisfait : c'est toi qui a fait le plus de cups !

A Nicolas Geghre, « Djager » : On s'est raté au début de notre internat mais on s'est bien rattrapé depuis. De l'Archet à Cannes, du Master à l'Etoile, De Morzine à Isola, de Guadeloupe, Martinique, Croatie, à la Corse que de bons moments partagés. Un autre point commun notre retard accumulé ! Mais on arrive enfin au bout du tunnel ! A nos prochaines cups, soirées, plages, vacances…

A Omar Molato : Notre rencontre fut un moment très important pour moi. Merci encore pour les fois où tu m'as accueilli chez toi seul ou avec mes parents. Cela nous avait beaucoup touchés. Tu as choisi une autre voie et une autre vie, mais tu restes un de mes meilleurs amis. J'ai été heureux de te retrouver l'hiver dernier. Tes capacités et ta réussite font que je suis en admiration. A très vite j'espère.

A Elodie Winter/Buissart et Laurent Buissart : Notre amitié avec Elo s'est forgée dans l'adversité au boulot. On a su s'entendre rapidement et s'apprécier tant au niveau professionnel qu'au niveau amical. En plus grâce à Elo j'ai pu te connaître Laurent. Vous êtes devenus indissociables et indispensables pour moi. Bien que mauvais matelot, vous êtes pour moi ma famille niçoise. Vivement le jour où je deviens parrain !

A Isabelle Lerais et Philippe Viaux : D'abord mes colocataires à l'internat de l'Archet, vous êtes devenus rapidement des amis sincères. Vous formez maintenant une « famille en or » avec les petits Arthur et Maxime. On ne se voit pas assez souvent, mais le fait que vous soyez restés à Nice est pour moi très important.

A Sandra Govcian et Pouya Madhyoun : Merci pour votre accueil, pour votre « fraîcheur », votre gentillesse, votre soutien, votre « hyperactivité ». Avec Julia et Anthony vous formez également une famille formidable.

A Laurie et Antoine Tran : J'ai déjà assez parlé de toi Antoine, mais je tenais à signaler le super co-interne que tu étais, le super médecin que tu es devenu et le super ami que tu es. Laurie doit faire des jalouses ! Je tiens également à remercier Laurie pour sa douceur, sa gentillesse et pour me supporter pendant la préparation de ma thèse et encore en soirées. Sans oublier le petit Louis. Je vous embrasse tous.

A Caroline Padovani : Une belle trouvaille dans le feu service des urgences pédiatriques de l'Archet. Depuis on ne se quitte plus ! J'admire ta façon de surmonter toutes les épreuves de la vie qui ne t'ont pas épargnée. Je sais que tu vas réussir et que tu auras tout le bonheur tant mérité. Un bisou à la petite Eléa que j'ai la chance de voir grandir.

A Célia Ciolino : Jamais coloc, mais tu as su devenir une personne sur qui on peut compter en permanence et dans n'importe quelle circonstance ! Ton amitié sincère est indispensable à mon épanouissement. Même si parfois je râle de te ramener en fin de soirée, j'espère continuer à le faire encore longtemps. Je sais que tu trouveras le bonheur auquel tu aspires.

A Alix Mani : « Manix » pour les intimes ! J'ai aimé t'avoir comme interne aux urgences de Cannes, tu fais parties de mon top 5 ! Mais j'apprécie encore plus les moments passés hors de l'hôpital depuis. J'espère qu'il y en aura encore plein d'autres. Mais ne retournes pas trop souvent à Marseille !

A Christelle Dromer et Camille Etienne (Grasa) : Dans mon top 5 également. Heureux de continuer de vous voir régulièrement et de vous compter parmi mes amis. Promis je vous invite chez moi demain ! On se croisera peut être sur Toulouse aussi.

A Elodie Mascarello : Une cup, une rencontre ; une post cup ,une confirmation ! Depuis le lien ne s'est jamais rompu. Ton retour sur Nice a été aussi un grand moment ! J'apprécie fortement notre relation.

A Mathieu Pomero : J'ai apprécié les soirées et les moments de folie passés ensemble. J'apprécie également le sérieux que tu es capable d'avoir. Même si on se voit moins souvent j'espère te garder toujours comme ami.

A Hédi Khotbi : Si on devait organiser un concours de popularité tu serais le vainqueur sans aucune discussion possible. C'est pour cela que c'est un honneur pour moi que tu aies accepté que nous soyons amis. J'espère que ton exil belge est provisoire et qu'on pourra reprendre notre programme d'activité dès ton retour (même si je ne suis pas tout le temps capable de te suivre) !

A Emmanuelle Seror : Ma rencontre la plus récente mais une des plus belles. Je suis heureux d'avoir pu te rencontrer et nouer ensuite une forte amitié. Les moments passés ensemble ces derniers mois sont pour moi inoubliables. Je suis content que ton séjour parisien ne se soit pas trop prolongé ! En attendant une levée d'obstacles, je t'embrasse fort !

A mes cupeuses préférées : Emilie, Florence et Laure : J'ai du mal à m'imaginer une cup sans vous. Heureusement que ces formidables journées et soirées se sont prolongées à Nice. Ces cups ont renforcé nos liens d'amitié ! Laure, mon ancienne coloc de l'Archet, que de bon moments ! Florence, maintenant il faut rentrer ! Emilie, et dire que ça avait mal commencé ! Je voudrais également ajouter **Sahare** avec qui on a passé des moments merveilleux aux Grenadines. Et **Mariangella** qui nous manque depuis au moins 2 ans.

A Hind et Rani : Depuis notre rencontre à l'hôpital de Cannes en tant qu'interne, nous sommes devenus amis. J'ai une joie immense de savoir que vous restez parmi nous pendant encore 2 ans. J'espère que d'ici là il y aura d'autres excuses pour que vous prolongiez votre expérience dans le Sud. Je voudrais ,Hind, également saluer ton mari Nazir et votre petit Camil.

Aux dentaires : Hugues le seul et véritable Iron Man, Sylvain mon ex dentiste, Sylvia la « cannoise » et Charley la plus jeune des cupeuses !

Aux autres amis internes ou docteurs : Ludo G., Claire, Laurie, Caro, Karine, Nadia, Khaled, David V., la petite Sanssoucy , Florient, Emilie, Nicolas, Mylène, Drew, Ludo K., David D., Fred de Marseille, Domitile, Patrick, Olivier, Ouioui, Cécile, Alexandre, Cédric, Lito, Nathalie, Rémy, Constance, Romain, Clément, Stéph (j'ai toujours tes skis !), Alex, Marine, Bérangère, Thibault, Walid, Thomax, Xavier, Mélanie, Linda, Guillaume, Domitile, Pauline, Coralie,…
A ceux non médecins : Marilou, Eve, Axelle, la « galo family », Sandra, Nath, Mathieu, Arthur, Edouard (l'Amiral !), Keat… Et tout particulièrement au couple fraîchement marié et incontournable : Kuff et Kiss avec qui j'ai passé des moments mémorables !

De Cannes

A Amande et Dona : Au moment où j'écris vous êtes cannois, et comme fallait équilibrer je vous place ici ! Depuis ton externat Amande à nos sorties au Bliss Dona et à votre vie parisienne il y a eu un bout de chemin. Surtout un beau parcours pour vous. Heureux qu'on soit de nouveau réunis. Félicitation pour votre beau petit Anguéran.

A Carine Lamasse et Jean-Michel Dubertrand : Vous êtes pour moi indissociables ! Depuis Toulouse ça a été une formidable surprise de te retrouver à Cannes Carine. Vous avez été d'abord un véritable soutien à mon arrivée sur Cannes et devenus de superbes collègues et amis. Toutes ces années à vos côté ont été formidables. J'espère qu'on continuera de se voir régulièrement, et bonne chance pour vos nouvelles carrières.

A Fadela Abdelaziz : Pour ton volontarisme, ta bonne humeur permanente et pour les fous rires qu'on a eu dans le service puis en dehors. A tes portions de couscous pour 10 servies individuellement ! Bisous à ta petite fille et au futur bébé et ton mari.

A Sabrina Bel : Notre relation a été parfois très bonne, parfois bonne, parfois mauvaise et parfois très mauvaise… Mais je sais que tu es une amie sur qui je pourrai toujours compter.

A Aurélie Chaligne : Tu es la première infirmière des urgences avec qui je me suis bien entendu. J'ai apprécié travailler avec toi. Je garde, moi, un bon souvenir de notre soirée mousse !

A Joffrey Tessier : Le petit blond surdoué de l'hôpital ! Une évolution de carrière fulgurante ! Je pense que tu vas manquer énormément au service ! Je t'attends de pieds fermes sur Nice !

A Sharlotte Bonnafoux : Un brin de fraîcheur des nuits cannoises (hospitalières ou festives). Tu es également une superbe organisatrice de soirées. Je suis ravi que nous nous soyons rapprochés.

A Amélie Gréani : La meilleure pour la fin (désolé pour les autres mais c'est pour la flatter !). Que te dire sinon que j'apprécie tout chez toi. Tu es une poissonnière de folie, une infirmière exceptionnelle, une joie de vivre sensationnelle et une amie géniale. J'adore les moments qu'on a passés ensemble. Je te le redis : on ne se voit pas assez souvent !

A tous les cupers : Ginette, Boite jaune, Mykonasse, Costa, Fistinière, Gonocoques, Saix…

A l'Internat de Nice (IHN) : Aux bureaux passés dont mon principal président **Damien Massalou** mais aussi Emilie et Rémi, actuel (salut Romain) et futurs. Merci pour le travail que vous faites pour accueillir, défendre et divertir les internes. Un gros bisous à **Pascale**, notre mur des lamentations et notre psy, sans laquelle l'IHN ne serait pas pareil.
Sans oublier le **RUN** qui a une place importante pour les internes de médecine générale. Et **David Darmon** qui a énormément contribuer à son développement et sa crédibilité, et sur qui j'ai toujours pu compter pour de précieux conseils. A ses successeurs dont Céline Casta, Stéphane Munck et Thibault Royon.

A NICAEA : Tout particulièrement à **Olivier Savy** et **Christophe Beaufreton** qui m'ont accompagné durant l'internat et les cups !

Aux EEIF : Pour toutes les années fabuleuses que j'y ai passé. Vivement le 90ème et tous ceux qui suivront.

A l'école Gan Rachi de Toulouse : Véritable institution grâce à la **famille Matusof** et aussi la **famille Sebag**. L'amour des enseignants et leur éducation sont à jamais gravés en moi et ont contribué à mon épanouissement dans ma vie d'adulte.

A tous les médecins de médecine générale, sans lesquels ce travail n'aurait jamais abouti. Recevez par ce travail le témoignage de tout mon respect et ma sympathie.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION 24
2. ALCOOL 26
2.1. HISTORIQUE DES CONDUITES D'ALCOOLISATION 26
2.1.1. De la légende à l'histoire 26
2.1.2. Le monde antique 26
2.1.3. Nos ancêtres les Gaulois 27
2.1.4. Evolution des manières de boire 27
2.1.5. Elite et autres classes 28
2.1.6. La Révolution française : Une révolution des buveurs 28
2.1.7. L'alcoolisme de masse 28
2.1.8. Révélation d'un problème national 29
2.2. DEFINITIONS 29
2.2.1. Addiction 29
2.2.2. Alcool 30
2.2.3. L'usage et le mésusage d'alcool 35
2.2.4. Les seuils à risque et conduites d'alcoolisation 37
2.3. EPIDEMIOLOGIE EN FRANCE 38
2.3.1. La consommation 38
2.3.2. Les conséquences sanitaires et sociales 39
2.3.3. Prévalence des consommateurs à risque 40
2.3.4. Profil des consommateurs 40
2.3.5. Que prévoit la loi 41
2.3.6. Dans les Alpes Maritimes 43
2.4. L'ALCOOL EN MEDECINE GENERALE 44
2.4.1. Le mésusage d'alcool 44
2.4.2. Le repérage précoce et l'intervention brève : généralités 44
2.4.3. Médecins généralistes et consommation excessive d'alcool : connaissances, attitudes et opinions 45
2.5. REPERAGE PRECOCE ET INTERVENTION BREVE AUPRES DU PATIENT BUVEUR EXCESSIF 47
2.5.1. Le repérage précoce de l'usager à risque ou nocif 47

2.5.2. L'intervention brève 51
2.5.3. Efficacité du repérage précoce et intervention brève 52
2.5.4. Recommandations 53
2.5.5. Conclusion 54
3. PROBLEMATIQUE 55
4. MATERIEL ET METHODE 56
4.1. DESIGN DE L'ETUDE 56
4.2. PROTOCOLE D'ETUDE 56
4.3. RECUEIL DES DONNEES 57
4.4. CODAGE DES VARIABLES 57
4.5. ANALYSES STATISTIQUES 58
5. RESULTATS 59
5.1. RESULTATS ENQUETE PATIENTS 59
5.1.1. Descriptifs des patients 59
5.1.2. Résultats du questionnaire DETA 61
5.1.3. Résultats du questionnaire FACE 61
5.1.4. Résultats du questionnaire AUDIT 63
5.1.5. Analyse explicative 65
5.1.6. Comparaison des résultats des tests entre eux 69
5.1.7. Analyse multivariée :
Evaluation du profil des patients en mésusage 70
5.2. RESULTAT ENQUETE MEDECINS 71
5.2.1. Données démographiques de l'échantillon 71
5.2.2. Concordance questionnaires patients et dossiers médicaux médecins 73
5.2.3. Entretiens semi-dirigés 74
6. DISCUSSION 97
6.1. LA METHODOLOGIE 97
6.1.1. La population « médecins » 97
6.1.2. La population « patients » 98
6.2. L'ENQUETE PATIENTS 98
6.2.1. Profil de l'échantillon 98
6.2.2. Questionnaire CAGE 100

6.2.3. Questionnaire FACE 100
6.2.4. Questionnaire AUDIT 101
6.2.5. Comparaison entre CAGE, FACE et AUDIT 102
6.2.6. L'analyse des facteurs de risque 102
6.3. LA TENUE DU DOSSIER MEDICAL 103
6.4. LES ENTRETIENS MEDECINS 104
6.4.1. Les connaissances sur le mésusage d'alcool 104
6.4.2. Le point de vue et le ressenti des médecins sur le repérage d'un mésusage 106
6.4.3. Action des médecins 107
6.4.4. Besoins et suggestions des médecins 108
6.4.5. Utilisation de questionnaires et diffusion du RPIB 111
6.5. POINTS FORTS ET POINTS FAIBLES DE L'ETUDE 111
7. CONCLUSION 113
8. ANNEXES 115
9. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 127
10. LISTE DES ABREVIATIONS 133

RESUME 134
SERMENT D'HIPPOCRATE 135

INDEX DES TABLEAUX

Tableau 1. Nombre de décès attribuables à l'alcool par sexe, pour les principales maladies en 2009 39

Tableau 2. Comparaison entre les principaux tests biologiques dans le dépistage des problèmes d'alcool 49

Tableau 3. Résumé des situations qui peuvent suggérer une consommation excessive d'alcool 50

Tableau 4. Concordance des interprétations des scores DETA, FACE, AUDI 69

Tableau 5. Analyse univariée du mésusage 70

Tableau 6. Analyse multivariée du mésusage 71

Tableau 7. Caractéristiques démographiques des médecins ayant participé à l'étude 72

Tableau 8. Comparaison des catégories socio-professionnelles 99

INDEX DES FIGURES

Figure 1. Evolution des mésusages d'alcool 36

Figure 2. Pyramide du risque selon Skinner 38

Figure 3. Profil des consommateurs selon le sexe 40

Figure 4. Répartition de l'échantillon patients selon le sexe 59

Figure 5. Répartition de l'échantillon patients selon le statut marital 59

Figure 6. Répartition de l'échantillon patients selon le nombre d'enfant(s) 60

Figure 7. Répartition de l'échantillon patients selon les catégories socio-professionnelles 60

Figure 8. Résultats DETA des participants 61

Figure 9. Répartition usage et mésusage selon DETA 61

Figure 10. Résultats FACE des participants 62

Figure 11. Répartition usage et mésusage selon FACE 62

Figure 12. Risque d'alcoolodépendance selon FACE chez les participants 63

Figure 13. Résultats AUDIT des participants 63

Figure 14. Répartition usage et mésusage selon AUDIT 64

F**igure 15.** Risque d'alcoolodépendance selon AUDIT chez les participants 64

Figure 16. Répartition usage et mésusage chez les participants 65

Figure 17. Répartition usage et mésusage chez les participants selon le sexe 66

Figure 18. Répartition du mésusage chez les participants selon le statut marital 66

Figure 19. Proportion de mésusage selon le statut marital chez les participants 67

Figure 20. Répartition du mésusage selon les catégories socio-professionnelles chez les Participants 67

Figure 21. Proportion de mésusage selon les catégories socio-professionnelles chez les Participants 68

Figure 22. Répartition et proportion de mésusage selon la parentalité chez les participants 68

1. INTRODUCTION :

L'abus d'alcool est en France un problème majeur de santé publique aux impacts sanitaires, médicaux et sociaux (1).

La consommation excessive d'alcool est une cause de mortalité précoce et évitable.

Il existe en médecine générale des outils validés, simples et efficaces dont l'objectif est d'engager des actions de prévention de la consommation excessive d'alcool : le Repérage Précoce et l'Intervention Brève (RPIB) ou conseil minimum (2).
Cependant la mise en œuvre en pratique courante semble difficile et se heurte aux problèmes que rencontre le médecin généraliste pour aborder la question de la consommation d'alcool (3, 4).

Pourtant le médecin généraliste est en première ligne et donc bien placé pour effectuer le repérage de la consommation d'alcool en dehors de la dépendance.
Il a donc un rôle à jouer dans la réduction des risques et dans la prévention des complications induites par le mésusage. (Le mésusage a disparu du DSM V : on parle maintenant de troubles liés à la consommation d'alcool, mais notre travail étant antérieur à la publication de cette nouvelle classification, nous garderons le terme « mésusage »)

Le RPIB peut modifier une trajectoire de consommation qui conduirait un patient vers la dépendance (5-8).

Au cours des dix dernières années il y a eu une prise de conscience par les autorités de santé de l'importance de repérer de manière précoce les addictions dont le mésusage de l'alcool.

La diffusion du RPIB auprès des médecins fait partie des plans de prévention suivants :
Plan Régional PACA pour 2005-2009 ,Plan du ministère de la santé 2007-2011,
Plan Gouvernemental 2008-2011.

Enfin la diffusion du RPIB s’inscrit dans le cadre des objectifs de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). En France, le programme "Boire Moins C’est Mieux" (BMCM) a été créé par l’Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA) afin d’adapter les objectifs du programme OMS dit de phase IV au contexte national.

L’objectif de ce travail est de :

- Evaluer le repérage du mésusage d’alcool par les généralistes du bassin cannois.
- Décrire comment font les médecins généralistes interrogés pour repérer les patients buveurs excessifs.
- Savoir si les médecins ont recours au Repérage précoce et à l’intervention brève.

2. ALCOOL :

2.1. HISTORIQUE DES CONDUITES D'ALCOOLISATION (9) :

C'est une histoire difficile à décrire. Pour les époques anciennes on ne peut utiliser que des sources littéraires qui reflètent la réalité de certains personnages.

2.1.1. De la légende à l'histoire :

L'origine du vin est essentiellement basée sur deux légendes racontant les ivresses de Dionysos ou de Noé. En réalité de nombreux peuples ont découvert parallèlement les propriétés psycho-actives de boissons fabriquées à partir de végétaux après fermentation (spontanée ou provoquée). Les bières deviennent ainsi les boissons alcoolisées les plus répandues et les plus anciennes. La première bière fut probablement à base de millet et apparut avant même l'existence des premières charrues. A Sumer (sud de l'Irak actuel), au troisième millénaire avant Jésus Christ, existaient les pictogrammes « bière » et « brasseur ». En hiéroglyphes égyptiens, le repas s'écrivait « pain-bière ».

2.1.2. Le monde antique :

Les citoyens libres d'Athènes organisaient des banquets durant lesquels se déroulait une éducation au « savoir boire » pour cette élite. On ne connaît pas les manières de boire des autres classes.
Dans la Rome antique, la consommation du vin s'est développée et très vite répandue après les guerres contre Carthage (vers 146 avant J.C.) avec l'apparition du pain. Les Romains consommèrent rapidement de plus en plus de vin. La ville de Pompéi fut même réputée pour ses deux cents tavernes. Cependant la consommation habituelle de vin reste mal connue. De nombreux empereurs furent accusés d'intempérance dont le plus cité est Tibère surnommé Biberius Caldius Mero, c'est à dire « buveur de vin pur et chaud ».

On peut également évoquer le cas d'Attila (roi des Huns) dont un syndrome de Mallory-Weiss serait responsable de son décès en 453.

2.1.3. Nos ancêtres les Gaulois :

Les Grecs puis les Romains approvisionnèrent les colonies gauloises en vin de leur pays. Une amphore de vin peut coûter un esclave.
Les premiers viticulteurs furent les vétérans des légions romaines à qui on avait donné des terres à exploiter.
Les Gaulois, experts en ferronnerie et amoureux du vin inventèrent le tonneau.
Puis les Chrétiens succédèrent aux Romains et l'extension de la chrétienté grâce aux évêques et aux moines va accélérer le défrichement et la plantation de vignes en France. En effet, offrir du vin était un signe d'une haute position sociale et le symbole de la civilisation s'opposant aux Barbares.

2.1.4. Evolution des manières de boire :

Pendant longtemps la production vinicole était très sensible aux conditions climatiques. La consommation moyenne et les excès variaient donc selon la récolte de l'année.
Puis de nouvelles techniques permirent l'élaboration de produits en quantité régulière et de meilleure qualité. Durant l'Ancien Régime des nouvelles manières de table se développent et, la distinction entre vins fins et vins ordinaires apparaît.
La bière a dans les pays vinicoles une image de boisson pour les pauvres et les Barbares. Depuis le moyen âge elle formait une part importante du régime alimentaire et omniprésente sur les tables du début du Moyen-Age jusqu'à la fin du XVIIème siècle.
Durant le Moyen-Age apparaît l'eau de vie entre l'Afrique du Nord et l'Andalousie. Au départ elle est utilisée pour les parfums et les médicaments. Ce sont les commerçants hollandais qui ont sorti l'eau de vie des « laboratoires ». Sa consommation se répand à partir de 1700 surtout dans les milieux militaires. On parle même d'une industrie de guerre.

2.1.5. Elite et autres classes :

Les nobles, les grands bourgeois et leurs domestiques buvaient régulièrement du vin et des liqueurs. L'ivrognerie était ainsi répandue parmi les nobles de l'Ancien Régime, et diminua lorsque d'autres boissons firent concurrence aux vins et liqueurs : le thé, le café, le chocolat. Elles bénéficièrent de l'attrait de l'exotisme et on leur attribua des qualités médicinales.
La situation est bien différente dans les autres classes de la société. Rares étaient ceux qui pouvaient s'offrir une consommation régulière d'alcool. Une consommation excessive avait donc lieu seulement les jours chômés dans les guinguettes extérieures aux grandes villes (à cause des taxes imposées à l'entrée des villes).
Pendant longtemps seuls les privilégiés et leurs domestiques pouvaient devenir alcoolodépendants.

2.1.6. La Révolution française : Une révolution des buveurs :

A la veille de la Révolution, le prix du vin était multiplié par trois quand il franchissait les portes de Paris. Les événements de rue de la Révolution commencèrent autours des barrières de la nouvelle enceinte fiscale (le mur des Fermiers généraux) : Le 12 juillet 1789 ces barrières furent incendiées, pillées, et le vin coula à flot pendant plusieurs journées.
L'alcool eut probablement un rôle important dans la défection des troupes royales.
A la fin de la Révolution l'alcool redevint rare et cher jusqu'à la révolution industrielle.

2.1.7. L'alcoolisme de masse :

La production et la vente des vins, des bières et des alcools distillés se sont accrues tout au long de l'industrialisation. Il y a des efforts portés sur la production, la conservation et sur le transport. Durant l'Ere industrielle l'alcool va jouer un rôle de réconfort auprès des populations arrachées à leur milieu rural d'origine. Les premières manifestations d'une alcoolisation de masse sont apparues en France dans les premières régions industrielles autour des bassins houillers du centre du pays. Cette consommation excessive a pour conséquence de remplir les asiles, et il y a une diminution de l'espérance de vie pour la première fois depuis longtemps. C'est pour cette raison entre autre que la consommation d'absinthe fut combattue.

2.1.8. Révélation d'un problème national :

Pendant longtemps le regard médical ne s'est posé ni sur l'ivresse ni sur les problèmes de consommation chronique. L'aléa de production était un élément de protection. De plus à une époque où l'espérance de vie était faible, les pathologies induites par une consommation chronique ne posaient pas de problème. Par ailleurs la pollution régulière de l'eau était un argument pour défendre une consommation d'alcool. L'Occident n'utilisa l'ébullition pour rendre l'eau potable qu'après les découvertes de Louis Pasteur.
Durant la Première Guerre Mondiale, le vin et l'eau de vie furent utilisés pour leur effet désinhibiteur et anxiolytique chez les soldats..
Entre les deux guerres la consommation d'alcool fut encouragée et on peut noter l'existence de sociétés de « médecins amis du vin ».
Seule l'occupation stoppa ponctuellement la consommation excessive d'alcool, qui repartit de plus belle à la libération pour atteindre un maximum à la fin des années 1950. Cette situation fut alors dénoncée par le démographe Sully Ledermann et les politiciens Pierre Mendés France et Michel Debré.
Depuis le début des années 1960 on assiste à une diminution régulière de la consommation d'alcool d'environ un pour cent par an ainsi qu'une diminution des complications médicales. Mais cette amélioration est masquée par une modification des comportements d'alcoolisation. Il y a en effet une augmentation de la recherche de l'ivresse aiguë surtout chez le sujet jeune avec utilisation d'autres substances psycho-actives. Il y a ainsi une majoration des complications sociales : agressions, accidents…
Il faut noter que les femmes ont elles aussi modifié leur comportement de consommation. Cela peut parfois donner l'impression d'une aggravation du problème.

2.2. DEFINITIONS :

2.2.1. Addiction :

Il existe différentes définitions. L'une des plus rigoureuses est celle d'A. Goodman (10) en 1990 : « Processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de

procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives ».
L'addiction se traduit donc par :

- **L'impossibilité répétée** de contrôler un comportement de consommation de substance.
- **La poursuite** d'un comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives.

2.2.2. <u>Alcool :</u>

Le dictionnaire le définit comme :

- Liquide contenant essentiellement de l'éthanol, obtenu par distillation des jus fermentés renfermant du glucose.
- Toute espèce de boisson obtenue par distillation du vin ou d'un jus fermenté ; eau-de-vie, spiritueux.

1. Alcool éthylique ou Ethanol :

On peut le définir par ses actions (9) :

1.1. En tant que Psychotrope :

Il s'agit d'une substance psycho-active qui agit sur le Système Nerveux Central. Il peut modifier l'activité mentale, l'état de conscience, l'humeur, les sensations et le comportement d'un individu :

- Il est à la fois anxiolytique et anxiogène ;
- Il peut masquer et/ou entretenir une dépression ;
- Il est désinhibiteur et peut entraîner le passage à l'acte ;
- Il donne une impression de facilitation de l'acte de création artistique.

1.2. En Psychopharmacologie :

Les caractéristiques sont proches des benzodiazépines et barbituriques :

- Action sédative, puis éventuellement excitomotrice ;
- Action anxiolytique, puis anxiogène lors de l'élimination ;

- Action relaxante musculaire ;

1.3. En neurobiochimie :

- Stimulation des récepteurs GABA-A entraînant une hypoexcitabilité neuronale ;
- Inhibition des récepteurs NMDA entraînant une hypoexcitabilité neuronale ;
- Implication également d'autres neuromédiateurs tels que la sérotonine, la dopamine…

1.4. L'alcool addictogène :

Le mot "drogue" désigne toute substance, naturelle ou synthétique, qui a un effet modificateur sur l'état de conscience et/ou l'activité mentale et qui peuvent provoquer une dépendance (11). L'effet se manifeste par l'alcoolo dépendance. C'est à cette situation que répond la définition de Fouqué (12) : on parle d' « alcoolisme » quand l'individu a perdu la liberté de s'abstenir de consommer.

- Alcoolo-dépendance physique :

Il s'agit d'un état d'adaptation tel qu'apparaissent des troubles physiques et psychiques intenses lorsque la consommation d'éthanol est suspendue. C'est le syndrome de sevrage. Il connaît divers degrés d'intensité :

  - Symptômes mineurs : tremblements, sueurs, épigastralgies, nausées, vomissements, sensation de malaise, asthénie, angoisse.
  - Aggravation des symptômes précédents : agitation, cauchemars, accès confuso-oniriques avec zoopsies.
  - Tableau de Delirium Tremens : désorientation temporo-spatiale, délire onirique intense, hallucinations terrifiantes visuelles et auditives avec anxiété et adhésion au délire. Agitation majeure. Troubles de l'équilibre. Fièvre, tachycardie, sueur, déshydratation. Le pronostic vital peut être en jeu.
  - Le « Pré-DT » caractérise le premier stade du syndrome de sevrage.

- Alcoolo-dépendance psychique :

Il s'agit du désir irrépressible de renouveler la prise d'alcool sans pour autant qu'apparaisse un syndrome de sevrage en cas d'abstention. C'est donc une pulsion à consommer de l'alcool pour en retrouver les effets.

1.5. Toxicité :

- L'intoxication aiguë (liée à la fixation du toxique dans les zones cérébrales corticales pré-frontales et du cervelet) :
    - L'ivresse typique : avec trois phases possibles d'évolution :
        - Phase d'excitation psychomotrice avec impression de facilité intellectuelle et relationnelle et libération des tendances instinctives.
        - Phase d'incoordination et d'instabilité avec pensée embrouillée, perte de l'autocritique, trouble de l'attention, désordres végétatifs (nausées, vomissements, mydriase, syndrome cérébelleux…)
        - Phase de coma avec hypotonie, diminution des réflexes, mydriase, vomissements, relâchement sphinctérien. Hypoglycémie, hypothermie, risque de collapsus cardiovasculaire, d'insuffisance respiratoire ou de désordre métabolique.
    - L'ivresse atypique ou ivresse pathologique : Il s'agit d'ivresse hallucinatoire, délirante, excito-motrice, maniaque ou dépressive. Il y a un risque de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif.

Devant toute ivresse il ne faut pas méconnaître une lésion grave associée, masquée par elle.

- Les complications organiques de l'alcoolisation chronique :

Elles sont nombreuses et touchent à presque tous les organes :

- Atteinte du système nerveux central :
    - Par toxicité directe : Atrophie cérébrale, atrophie cérébelleuse, nécrose du corps calleux, myélinolyse centrale du pont…
    - Par atteintes carentielles : Encéphalite de Gayet Wernicke, Encéphalopathie pseudopellagreuse, Syndrome de Korsakoff…
    - Par atteintes métaboliques : Encéphalopathie alcoolique…
- Atteinte du système nerveux périphérique : Polynévrite des membres inférieurs.
- Atteintes de l'appareil digestif :
    - Atteinte hépato-pancréatique : Stéatose hépatique, hépatite alcoolique, cirrhose alcoolique, pancréatite aiguë et chronique…
    - Atteinte du tube digestif : Reflux oesophagien, cancers de l'œsophage, gastrite aiguë et chronique…
- Atteintes cardiaques : Insuffisance cardiaque, trouble du rythme…

- Atteintes vasculaires : Athérome, HTA.
- Atteintes endocriniennes : Hypercorticisme, gynécomastie, hypogonadisme…
- Atteintes cutanées : Couperose, psoriasis, eczéma nummulaire.
- Atteintes ostéo-musculaires : Myopathie chronique alcoolique, rhabdomyolyse.
- Diverses atteintes rénales (par l'HTA, l'hypertriglycéridémie...)
- …

1.6. Pharmacocinétique, pharmacodynamique (13) :

- Distribution :
  - Rapide (demie-vie de sept à huit minutes) aux organes très vascularisés.
  - Distribution dans l'eau libre (et très peu dans les graisses).
  - Molécule très diffusible et passe la barrière placentaire.

- Elimination : On a tendance à penser qu'elle est linéaire (avec en moyenne une diminution de 0,15 à 0,20 gramme par heure) mais en réalité se fait suivant une cinétique michaélienne : décroissance initiale rapide, puis pseudo-linéaire et enfin exponentielle par :
  - Oxydation enzymatique.
  - Excrétion sous forme inchangée.

- Métabolisme :
  - Hépatique à 80% par deux oxydations successives :
    - Transformation en acétaldéhyde selon trois voies enzymatique (Alcool-deshydrogénase+++, voie microsomale avec le cytochrome P450, et la catalase (voie accessoire)).
    - L'acétaldéhyde est ensuite oxydé en acétate par l'Aldéhyde-deshydrogénase.
  - Rénale, gastro-intestinale…

- Excrétion : Eliminé sous forme inchangée par l'air expiré (environ 2,5%), les urines (environ 2,5%) et la sueur. La contribution de ces différentes voies est variable suivant les concentrations plasmatiques.

C’est sur l’élimination pulmonaire que repose l’évaluation de l’éthanolémie car le rapport concentration sang/air expiré est constant (de l’ordre de deux).
L’éthanol est également excrété dans le lait maternel à des concentrations de 10 % supérieures à celles du sang (lié à la teneur en eau importante).

Par ailleurs la pharmacocinétique de l’éthanol peut être modifiée par de nombreux facteurs tels que la consommation chronique, l’absorption de nourriture, de médicaments, l’âge et le sexe.
Ces éléments rendent difficile l’extrapolation d’une alcoolémie à un instant donné à partir d’un résultat correspondant à un prélèvement fait ultérieurement.

2. Boisson alcoolisée ou alcoolique :

Il s’agit de toute boisson (fermentée, macérée, distillée ou autre) contenant de l’alcool éthylique ou éthanol.
C'est la fermentation des sucres (glucose et fructose) contenus dans les fruits, les grains ou les racines (betterave) qui produit l'alcool. La boisson ainsi obtenue peut être distillée pour donner une eau de vie ou autre spiritueux.
Le degré d’alcool dans ces boissons varie selon le type :

- Les cidres : de 1 % à 7 % ;
- Les bières : de 0 % à 15 % ;
- Les vins : de 8 % à 20 % ;
- Les spiritueux : à partir de 15 % ;
- Les élixirs : à partir de 70 %.

En France, d'après l'article L. 3321-1. du code de la santé publique (14), les boissons sont, au vu de la réglementation de leur fabrication, de leur mise en vente et de leur consommation, réparties en cinq groupes :

- Premier groupe, boissons sans alcool : eaux minérales ou gazéifiées, jus de fruits ou de légumes non fermentés ou ne comportant pas, à la suite d'un début de fermentation, de traces d'alcool supérieures à 1,2 degré, limonades, sirops, infusions, lait, café, thé, chocolat ;

- Second groupe, boissons fermentées non distillées : vin, bière, cidre, poiré, hydromel, auxquelles sont joints les vins doux naturels bénéficiant du régime fiscal des vins, ainsi que les crèmes de cassis et les jus de fruits ou de légumes fermentés comportant de 1,2 à 3 degrés d'alcool ;
- Troisième groupe, vins doux naturels autres que ceux appartenant au groupe deux, vins de liqueur, apéritifs à base de vin et liqueurs de fraises, framboises, cassis ou cerises, ne titrant pas plus de 18 degrés d'alcool pur ;
- Quatrième groupe, rhums, tafias, alcools provenant de la distillation des vins, cidres, poirés ou fruits, et ne supportant aucune addition d'essence ainsi que liqueurs édulcorées au moyen de sucre, de glucose ou de miel à raison de 400 grammes minimum par litre pour les liqueurs anisées et de 200 grammes minimum par litre pour les autres liqueurs et ne contenant pas plus d'un demi-gramme d'essence par litre ;
- Cinquième groupe, toutes les autres boissons alcoolisées.

2.2.3. <u>L'usage et le mésusage d'alcool (15, 16) :</u>

1. L'usage simple :

C'est un usage ayant une place dans les rites sociaux. Il est considéré sans risque s'il reste modéré, qu'il soit quotidien ou occasionnel. Il ne provoque donc pas de conséquence morbide ou relationnelle.
Il peut être expérimental, occasionnel ou régulier.

2. Les mésusages :

2.1. L'usage à **risque** :
C'est une consommation susceptible d'entraîner à plus ou moins long terme des dommages (médicaux, psychologiques ou sociaux). Il peut être ponctuel ou régulier.

2.2. L'usage **nocif** ou abusif ou consommation à problème :
Il se caractérise par la concrétisation des dommages liés à une consommation à risque répétée.

Selon la CIM 10 ou DSM IV, l'usage nocif est défini par : les dommages induits par une consommation répétée (dommages physiques, psychiques, sociaux, familiaux, professionnels) et par l'absence des critères de l'alcoolo dépendance.

2.3. L'usage avec **dépendance** :

C'est donc la perte de la liberté de s'abstenir. Il ne se définit donc ni par des rapports à des seuils de consommation, ni par l'existence des dommages induits qui sont néanmoins le plus souvent associés. Il s'accompagne en général d'une « **tolérance** » à l'alcool.

3. L'évolution :

Elle est **dynamique**. La consommation à risque peut évoluer vers l'usage nocif et/ou la dépendance.

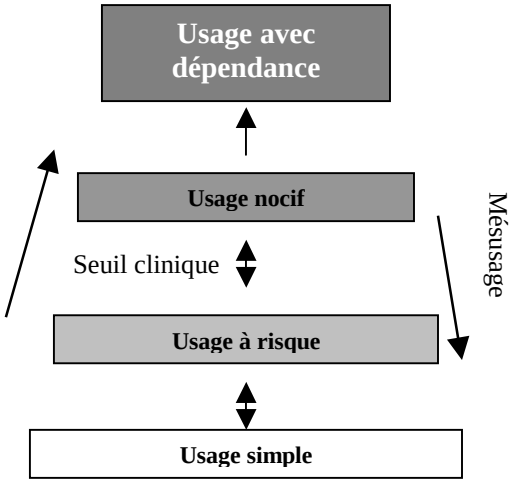


Figure 1. Evolution du mésusage d'alcool

4. L'ivresse :

C'est une **conduite d'alcoolisation aiguë** pouvant être associée à n'importe laquelle des catégories d'usage ou mésusage. A ce titre elle ne peut être considérée comme une catégorie d'usage.

2.2.4. Les seuils à risque et conduites d'alcoolisation (15-17) :

En 1980, un comité d'expert de l'Organisation mondiale de la santé (18) mettait en évidence que les risques liés à la consommation d'alcool augmentaient au delà d'un certain seuil.

En 2001, la Société française d'alcoologie s'est alignée sur les seuils de l'OMS :

- **Jamais plus de quatre unités** par occasion pour un usage ponctuel ;
- Usage régulier chez l'homme : pas plus de **trois unités** par jour ;
- Usage régulier chez la femme : pas plus de **deux unités** par jour ;
- **S'abstenir** au moins un jour par semaine.

Elle a défini qu'un **verre standard d'alcool est égal à une unité et à dix grammes d'alcool pur**. Ainsi chaque verre servi dans un débit de boisson est égal à un verre standard quel que soit l'alcool consommé.

La définition de la consommation excessive ponctuelle ne fait pas l'objet d'un consensus :

- L'OMS considère qu 'une consommation devient nocive pour la santé lorsque la consommation dépasse 4 verres au cours d'une seule occasion.
- L'INPES note quant à elle : « Une consommation épisodique massive (appelée « **binge drinking** »), qui peut être particulièrement dommageable à la santé y compris à court terme, est définie comme la consommation d'au moins 60 grammes d'alcool au cours d'une seule occasion », ce qui correspond à six unités d'alcool (19).

Ces seuils de prudence n'assurent pas avec certitude l'absence de tout risque. Ils n'ont donc pas de valeur absolue car chacun réagit différemment selon sa corpulence, son sexe, sa santé physique et psychologique ainsi que selon le moment de la consommation. Ils constituent donc de simples repères et ils doivent être abaissés dans diverses situations :

- Grossesse, allaitement ;
- Enfance, adolescence ;
- Association à d'autres psychotropes ;
- Pathologie organique ou psychiatrique, aiguë ou chronique ;
- Conduite de véhicule ou machine dangereuse ;
- Poste de sécurité ou situation qui requiert une vigilance.

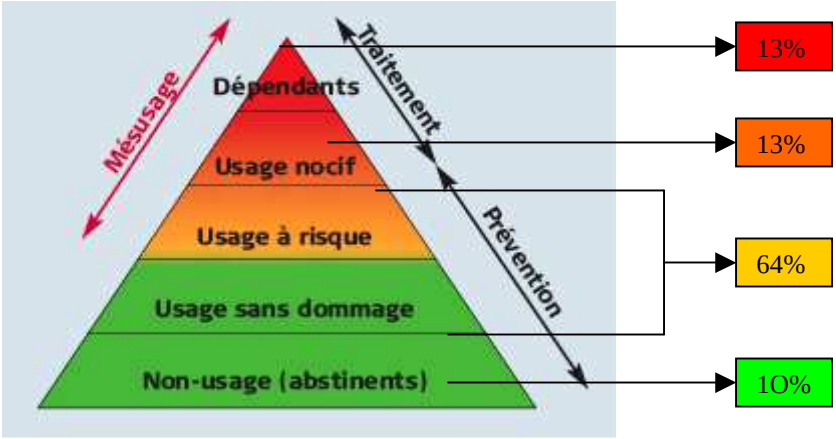


Figure 2. Pyramide du risque selon Skinner (20)

Sous le terme de **« consommateur excessif »** est regroupé le consommateur à risque et le consommateur à problème. C'est chez eux qu'il faut prévenir la dépendance et l'apparition ou l'aggravation des dommages liés à l'alcool. C'est d'autant plus important qu'ils n'ont pas de difficulté majeure à diminuer leur consommation d'alcool. On estime que la moitié des morts liés à l'alcool ne sont pas dépendants (21).

2.3. EPIDEMIOLOGIE EN FRANCE (22, 23) :

2.3.1. La consommation :

En 2010 on estime qu'il y a en France :

- 44,4 millions d'expérimentateurs ;
- 41,3 millions d'usagers dans l'année ;
- 8,8 millions d'usagers réguliers ;
- 5 millions d'usagers quotidiens.

Le haut comité de la santé publique estime à **six millions** le nombre de français exposés par leur consommation d'alcool à des difficultés d'ordre médical, psychologique et social dont deux millions de personnes dépendantes de l'alcool.

L'usage régulier d'alcool en 2010 concerne près d'un cinquième des adultes (**19,9 %**) de 18 à 75 ans (29,5 % d'hommes et 10,6 % de femmes). Cet usage augmente considérablement avec l'âge (24).

L'usage à risque ponctuel et l'ivresse aiguë sont également en augmentation.
Par contre on observe une baisse de l'usage quotidien de boissons alcoolisées parmi le 18-75 ans. On est passé de 16 % à 12 % entre 2005 et 2010 (25).

Il faut noter que la population adolescente est également concernée par le problème alcool (10,5 % déclarent un usage régulier chez les 17 ans en 2011) (24).

En 2010 on estimait à 12 litres d'alcool pur consommé par les français de plus de 15 ans en une année (24).

2.3.2. Les conséquences sanitaires et sociales (26-28, 80) :

Tableau 1. Nombre de décès attribuables à l'alcool, par sexe, pour les principales maladies liées à l'alcool en 2009 (80)

	Cancers	Troubles mentaux	Cardio vasculaires	Diabète type 2	Digestives	Accidents et empoisonnements	Mal spécifié	TOTAL
Hommes	11197	2803	9523	638	5627	5545	1250	36583
Femmes	4003	779	2710	-143 (facteur protecteur)	2145	2609	363	12466
Confondus	15200	3582	12233	495	7772	8154	1613	49049

- On estime à **49000** le nombre de décès attribuables à l'alcool, ce qui en fait la **seconde cause évitable** dans notre pays (après le tabac). En moyenne la consommation excessive d'alcool est à l'origine de 14 % des décès masculins et 3 % des décès féminins.
  La France connaît la plus forte surmortalité masculine liée à l'alcool, de 30 % supérieure à la moyenne européenne.
- Outre les décès qui lui sont attribuables, l'alcool agit comme un **facteur « associé »** dans l'apparition de nombreuses pathologies.

- Il est également fortement impliqué dans les **accidents de la route** (dans environ 30 % des accidents mortels).
- L'alcool est également impliqué dans 10 à 20 % des **accidents de travail**, 20 % des **accidents domestiques** ; à l'origine de 5 à 25 % des **suicides**, 50 % des **rixes**, 20 % des **délits** et dans 50 à 60 % de la **criminalité** en général.
- Il représente également la seconde cause de **retard mental** et est responsable de 20 % des **handicaps**.
- Il est également la première étiologie de l'**HTA secondaire**.
- En 2003 on estime à 48000 patients vus en médecine de ville en une semaine pour un sevrage (29). Et en 2010 on estime à 140000 le nombre de patients venus consulter dans les centres de cure ambulatoire en alcoologie (24).

2.3.3. Prévalence des consommateurs à risque :

La consommation d'alcool est en baisse continuelle depuis 1960 passant de 18 litres d'alcool pur par habitant à entre 9 et 12 litres en 2005 (30).
Selon l'étude ESPS (Enquête Santé et Protection Sociale) menée par l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) (31) entre 2002 et 2004 : Un homme sur dix présente un risque chronique et trois hommes sur dix ont une consommation à risque ponctuel. Une femme sur dix est consommatrice à risque ponctuellement et deux pour cents présentent un risque chronique.

2.3.4. Profil des consommateurs (31-33) :

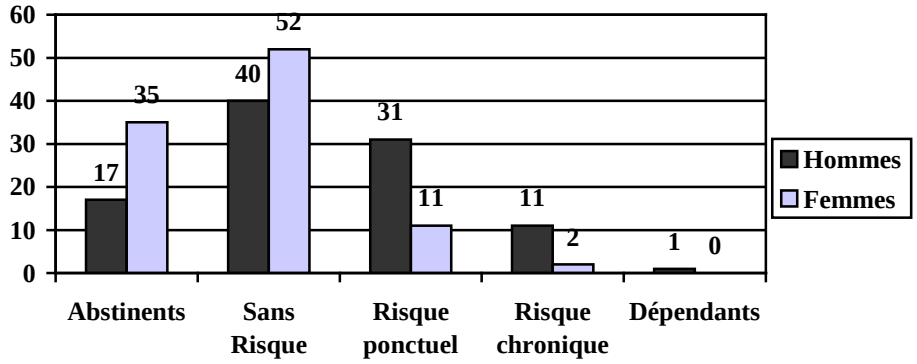


Figure 3. Profil des consommateurs selon le sexe

- Le Sexe : Les hommes consomment en moyenne trois fois plus que les femmes.
- L'âge : le mode de consommation varie avec une alcoolisation excessive ponctuelle chez les 25-34 ans et une alcoolisation excessive chronique augmentant ensuite jusqu'à 65 ans. Le risque chronique touche 6 % des hommes de 16 à 24 ans et 19 % des hommes de 45 à 64 ans.
- L'activité : Après 25 ans, le chômage est pour les hommes plus que pour les femmes, une situation où l'on consomme plus régulièrement que dans les autres statuts d'emploi ou d'inactivité volontaire.
- La catégorie socio-professionnelle : La consommation excessive chronique est prédominante chez les hommes agriculteurs (18 %), artisans et commerçants (17 %) et parmi les femmes cadres (5 %). La consommation excessive ponctuelle est prédominante surtout chez les cadres (38 % des hommes et 18,5 % des femmes).
- Le niveau d'instruction : Les hommes instruits ont un usage régulier moindre alors qu'il est fréquent chez les femmes diplômées.
- La situation financière : Une personne en situation précaire (sans domicile, Rmiste,…) a un risque accru d'alcoolisation excessive.
- La situation maritale : Les divorcés et les personnes vivant seules ont une exposition plus importante.
- La parentalité : Les pères sont ceux qui consomment le plus parmi les hommes à l'inverse des mères.
- Le tabac : Un fumeur a un risque d'alcoolisation excessive cinq fois supérieur à un non fumeur.
- L'état de santé : Une personne invalide ou considérée comme handicapée est à risque d'alcoolisation excessive.
- L'origine régionale : La Bretagne et le Nord-Pas-de-Calais ont un risque d'alcoolisation excessive supérieure à la moyenne nationale contrairement à l'Ile-de-France, la Lorraine et la Corse.

2.3.5. Que prévoit la loi ? :

La production, la vente et l'usage des boissons alcoolisées sont réglementés.

1. La réglementation du commerce (34) :

Elle repose sur une classification des boissons. Elle régit tout débit de boisson où l'on consomme sur place. Il est interdit de distribuer de l'alcool au moins de 16 ans.
Le code de Santé Publique fixe également les grands principes de la vente de boissons alcoolisées.

2. La protection des mineurs (35) :

Quiconque fait boire un mineur jusqu'à l'ivresse commet un **délit**.

3. La Loi du 10 janvier 1991 (36) :

Dite **Loi Evin**. Elle interdit :

- La publicité dans la presse pour la jeunesse et la diffusion de messages publicitaires à la radio le mercredi et les autres jours de 17HOO à 24H00.
- La distribution aux mineurs de documents ou objets nommant, représentant ou ventant les mérites des boissons alcoolisées.
- La vente, la distribution et l'introduction de boissons alcoolisées dans tous les établissements d'activité physique et sportive.
- Les affichages publicitaires doivent se limiter à certaines indications et être accompagnés d'un message préventif.
- Toute publicité à la télévision et au cinéma.

4. L'ivresse publique manifeste (37) :

C'est une **infraction** depuis 1873. Elle est aujourd'hui régie par le code de Santé Publique articles L.3341-1 et R.3353-1 : Une personne retrouvée en état d'ivresse est conduite à ses frais au poste de police voisin pour dégrisement et devra s'acquitter d'une amende de 150 euros.

5. La sécurité routière (29, 38) :

La conduite sous l'emprise d'alcool est un **délit** depuis 1965 en France. Depuis le décret du 29 août 1995 l'alcoolémie légalement tolérée est fixée à **0,5 grammes par litre de sang** (0,25 milligrammes par litre d'air expiré). Au delà du seuil légal, la gravité des sanctions varie selon le degré d'alcoolémie :

- Entre 0,5 et 0,8G/L : Amende forfaitaire de 135 euros et perte de six points sur le permis de conduire.
- Au delà de 0,8G/L : Risque de 4500 euros d'amende, deux ans de prison et un retrait de six points sur le permis de conduire. Il peut y avoir parfois une suspension ou annulation du permis de conduire (surtout en cas de récidive). Des mesures de soins ou un travail d'intérêt général peut également être demandé.
- Si la conduite sous l'emprise d'alcool est à l'origine d'un accident l'amende est portée à 30000 euros en cas de blessure grave. S'il y a décès d'un autre usager de la route l'amende peut atteindre 150000 euros et une peine de prison de 10 ans est encourue.

En 2009 on estime à 126137 condamnations pour conduite en état d'ivresse.

L'étude SAM menée en France entre 2001 et 2003 estime que l'alcool multiplie par **huit et demi** le risque d'être responsable d'un accident mortel. La part d'accident mortel attribuable à l'alcool est de l'ordre de 28,6 % (27).

2.3.6. <u>Dans les Alpes Maritimes en 2006 (39) :</u>

- On estime à 2885 le nombre de consultations dans les centres spécialisés en alcoologie. Ce qui classe le département au septième rang en France.
- On estime à 9 % le nombre de jeune entre 17-18 ans à consommer régulièrement de l'alcool ;
- Le nombre d'accidents corporels avec implication de l'alcool est de 183, ce qui classe le département au cinquième rang en France.
- Le nombre de décès avant 65 ans par cirrhose hépatique est estimé à 91, ce qui classe le département au vingt-quatrième rang national.

2.4. L'ALCOOL EN MEDECINE GENERALE :

2.4.1. Le mésusage d'alcool (33) :

- Une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques de 2000 montre que 18,2 % des patients adultes d'un cabinet de médecine générale français de métropole présentent un problème avec l'alcool (29,5 % des hommes et 11,1 % des femmes).
- En 2013 le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (81) retrouve une prévalence de mésusage de 21 % en France chez les adultes consultant avec 46 % chez les hommes et 17 % chez les femmes dont 12,5 % d'hommes et 2,6 % de femmes à risque de dépendance.
- En 2003 les médecins généralistes ont vu en une semaine 48000 patients pour un sevrage alcoolique (29).
- Seule une petite minorité de patients consultent pour ce problème. L'Observatoire de la Société Française de Médecine Générale a relevé en 2009 que la proportion d'actes en relation avec un problème lié à l'alcool était seulement de 1,29 % (40).
- C'est lors de la survenue d'un problème de comorbidité somatique, psychique ou sociale que l'existence d'un mésusage est souvent évoqué (41).
- Les médecins généralistes voient en France au moins une fois par an 80 % de la population adulte. Or près de 20 % des adultes ont des problèmes de mésusage avec l'alcool (42).

Il paraît donc que le médecin généraliste est en première ligne pour le repérage précoce d'un mésusage de l'alcool.

2.4.2. Le Repérage Précoce et l'Intervention Brève : généralités (2, 42) :

1. Le Repérage Précoce :

Il représente **le dépistage du comportement à risque**. Il faut interroger systématiquement les patients sur leurs usages. A son terme il est possible de définir le type de consommation dans

lequel le sujet est engagé. Il permet ensuite un message adapté si indiqué qu'est l'Intervention Brève.

2. L'Intervention Brève :

Selon Whitlock (43), on peut la définir comme une **intervention à visée comportementale** intégrée dans le temps de consultation en soins primaires.
Elle a donc pour objectif de modifier le comportement de consommation, de réduire les problèmes médico-psychosociaux, réduire les risques liés à la consommation.
Il existe donc différentes stratégies d'intervention allant du simple conseil lors de l'usage à risque à des interventions bien codifiées notamment dans le domaine de l'alcool (mais du tabac aussi).

2.4.3. Médecins généralistes et consommation excessive d'alcool : connaissances, attitudes et opinions :

1. Sous estimation et manque d'implication :

- Enquête de Bouix et al (44) : révèle que la moitié des praticiens déclarent demander « souvent » la consommation à leurs patients et « parfois » pour 35 %. La plupart des médecins sont incités à parler d'alcool lorsqu'ils décèlent un problème somatique.
- Une autre étude menée en 1998 (3) auprès de 600 généralistes montre que 49 % déclarent demander systématiquement la Consommation Déclarée d'Alcool (CDA) à un sujet en bonne santé contre 89 % en cas d'HTA, 82 % aux diabétiques, 61 % en cas de grossesse, 64 % si conflit relationnel. 40 % des généralistes estiment que leurs conseils sont « parfois » suivis.
- A la question « A combien estimez-vous le nombre de malades de votre clientèle ayant un problème avec l'alcool », chez 2235 généralistes (45), 8 % chiffrèrent cette prévalence à 1 %, 41 % à 5 %, 27 % à 10 %, 22 % à 15 % ou plus. Il y a donc seulement 22 % des médecins qui approchent la réalité.

2. Les réticences au dépistage :

L'alcool est un problème important pour la plupart des généralistes. Toutefois il ne devient une préoccupation médicale que lorsque le mésusage devient nocif ou s'accompagne de dépendance, c'est à dire à un stade tardif.
C'est la résultante d'une formation professionnelle essentiellement basée sur le soin et non sur la prévention.

- Selon l'étude de 1998 du Comité Français d'Education pour la Santé (3), trois quarts des généralistes déclarent se sentir mal à l'aise pour poser des questions sur l'alcool. Ils disent ne pas avoir de critères pour repérer les buveurs excessifs et qu'ils ne sont pas formés pour donner des conseils. Ils estiment également à 80 % que leurs patients pourraient s'indigner.
- Selon une étude qualitative menée par l'équipe du programme « Boire Moins, C'est Mieux » en 2002 qui analyse les représentations, les opinions et les savoirs des médecins généralistes (46), on retrouve plusieurs difficultés :
    - Assimilation entre problèmes liés à l'alcool et alcoolo-dépendance.
    - Peur d'un jugement moral. L'alcool est un sujet tabou et un interdit encore plus ferme chez la femme. Aborder le quotidien gène le médecin et peut faire fuir le patient.
    - Sentiment d'impuissance : le médecin accepte mal le déni du buveur et les difficultés à se soigner.
    - Le manque de temps, d'autant plus que le médecin hésite à s'engager dans des consultations de prévention qui peuvent être plus longues que d'ordinaire.
    - Une initiative de la part du médecin pour un sujet en bonne santé apparente est vue à contre courant des habitudes établies.

3. Des réticences non fondées :

- Deux études ont montré clairement que parler d'alcool avec le patient, y compris sans signe évocateur, ne compromet pas la relation médecin patient :
    - Une étude de Huass qui concernait 103 généralistes et 318 patients ayant un problème d'alcool. A un an 82 % des patients ont été revus au moins une fois. Avec une

moyenne de neuf consultations (supérieure à la population générale de l'époque dont la moyenne était de 5,8) (47).

- Une étude de Moulah qui concernait 19 généralistes et 158 patients ayant un problème avec l'alcool. A cinq ans environ 80 % des patients étaient encore suivis (48).

- L'équipe du programme « Boire Moins, C'est Mieux » a interrogé 1600 patients et 88 % d'entre eux pensent que le généraliste serait dans son rôle s'il abordait le problème alcool (30). 79 % des patients disent que parler alcool est facile avec leur médecin généraliste. Pourtant seulement 12 % des patients indiquent avoir reçu une recommandation de leur médecin au cours de leur vie concernant leur consommation d'alcool (49).

Le contraste semble donc saisissant entre la confiance des patients et la gêne exprimée par les praticiens pour aborder le problème.

2.5. REPERAGE PRECOCE ET INTERVENTION BREVE AUPRES DU PATIENT BUVEUR EXCESSIF :

Le repérage n'est pas si compliqué qu'il y paraît. A la différence des alcoolo-dépendants, ces patients ont souvent peu ou pas de dommage et ne ressentent pas de culpabilité. Il n'y a pas de dénégation même s'il peut exister une minimisation ou une banalisation.
Le médecin généraliste semble être le mieux placé pour une pratique de cette stratégie de repérage et d'intervention.

2.5.1. Le repérage précoce de l'usager à risque ou nocif (50) :

1. Opportunistes :

- Devant certains signes fonctionnels : Il faut questionner le patient de façon bienveillante en préférant des questions ouvertes (« Que pouvez-vous me dire de votre consommation d'alcool »…).
- A l'occasion de campagne de sensibilisation, le patient pouvant lui même aller spontanément chez son médecin généraliste.

- A l'occasion d'un bilan de santé, dans les situations cliniques où il est habituel de passer en revue les antécédents et le mode de vie.

2. Systématique :

Faire le point régulièrement avec tous les patients sur leur consommation d'alcool. C'est ce que recommande l'OMS. Il devrait être effectué chez tous les patients et portant sur la consommation déclarée d'alcool.
Il peut être fait par un entretien clinique et/ou par l'utilisation de questionnaires standardisés :

- A cet effet l'OMS a créé un groupe de travail pour la mise au point d'un questionnaire en dix items (51). C'est le questionnaire **AUDIT**. Il permet de façon assez fiable de classer les patients en trois groupes : abstinents ou faible risque, buveurs excessifs, dépendants. Son efficacité est bonne (sensibilité de 70 % à 95 %, spécificité de 80 % à 98 %, valeurs prédictives) mais son applicabilité semble difficile en médecine ambulatoire. Il a été récemment validé dans sa version française. Le questionnaire AUDIT-C (version courte reprenant les trois premiers items) semble plus adapté à la médecine de ville.
- Le questionnaire **CAGE** (52) ou **DETA** (version française) (53) : D pour Diminuer, E pour Entourage, T pour Trop, A pour Alcool. Il est composé de quatre questions. C'est un auto questionnaire court et facile à réaliser mais semble avoir une faible valeur diagnostique en se montrant peu efficace pour déceler les consommateurs excessifs non dépendants (54).
- Le questionnaire **FACE** (55) : Il a été construit à partir des questionnaires AUDIT et DETA, par les promoteurs du programme « Boire Moins, C'est Mieux ». Il contient cinq items et permet un repérage rapide des buveurs excessifs. Bien que semblant plus adapté aux attentes et contraintes des médecins généralistes il n'a toujours pas été validé.

Ces questionnaires peuvent être donnés par la secrétaire, soit laissés libres dans la salle d'attente soit à remplir avec le médecin.
En médecine générale le repérage peut se faire en utilisant un questionnaire isolé ou intégré dans un questionnaire de santé, soit en interrogeant le patient en suivant ou non une rédaction préétablie. Plus le repérage est systématique (une fois par an et par patient) moins il est biaisé

par les propres représentations du médecin, mais plus il exige une discipline difficile à mettre en place.

Il existe par ailleurs des marqueurs biologiques d'alcoolisation excessive. Cependant du fait de leur faible sensibilité ils n'ont pas d'utilité dans le repérage de routine (19, 56), mais sont utiles pour suivre l'évolution de la consommation d'alcool d'un patient en mésusage. Il s'agit de(57-59) :

- Gamma-Glutamyl-transférase (**GGT**) : sensibilité de 34 à 85 % et spécificité très variable. Augmentation supérieure à une fois et demi la normale après plus de trois semaines de consommation. Normalisation ou diminution de moitié en moyenne trois semaines après l'arrêt de la consommation.
- Volume globulaire moyen (**VGM**) : sensibilité de 40 à 90 % et spécificité autour de 90 %. Augmentation après plusieurs mois de consommation. Diminution lente sur trois mois en moyenne (du fait de la durée de vie des hématies).
- Carbohydrate-deficient-transferine (**CDT**) : sensibilité proche des GGT et spécificité très bonne. Coût important (six fois et demi celui des GGT). Normalisation après deux semaines d'arrêt de la consommation. Sa pratique en routine n'est pas conseillée.
- Triglycérides, acide urique, plaquettes (avec thrombopénie et thrombasthénie)…

Tableau 2. Comparaison entre les principaux tests biologiques dans le dépistage des problèmes d'alcool

	CDT	**GGT**	**VGM**
Sensibilité	60 % chez les hommes 30 % chez les femmes	34 à 85 %	40 à 90 %
Spécificité	90 %	40 à 80 %	Plus de 90 %
Quantité d'alcool nécessaire pour une augmentation	60 grammes par jour pendant au moins 2 à 3 semaines	80 à 200 grammes par jour pendant au moins une semaine	Variable, augmentation après plusieurs mois de consommation
Faux positifs	Grossesse Insuffisance hépatique sévère Cirrhose biliaire primitive Variant génétique D de la transferrine	Pathologies hépatobiliaires Hypertriglycéridémie Obésité Diabète Médicamenteuse	Déficit en Vitamines B9 et B12 Anémie de Biermer Pathologies thyroïdiennes Tabagisme Hépathopathies non liées à l'alcool

3. Résumé des situations :

Tableau 3. Résumé des situations qui peuvent suggérer une consommation excessive d'alcool

SITUATIONS QUI PEUVENT SUGGERER UNE CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL (avant un tableau caricatural d'imprégnation alcoolique sévère)
Troubles Sociaux Difficultés conjugales Difficultés scolaires des enfants Problèmes financiers chroniques Licenciements multiples, absentéisme Condamnation pour conduite en état d'alcoolisation Violence intra familiale Désinsertion sociale
Troubles psychiques et comportementaux Troubles du sommeil Anxiété généralisée Irritabilité Dépression Troubles sexuels Accident(s), même domestique(s) Troubles mnésiques Tentatives de suicide Usage d'autres produits psycho-actifs
Plaintes Somatiques Pyrosis Diarrhée Crampes Palpitations
Signes d'examen Haleine alcoolisée HTA Troubles du rythme Comportementale inhabituelle
Signes biologiques dans un bilan « banal » Elévation du VGM, des GGT, Triglycérides…
Autres Informations spontanément rapportées par la famille ou l'environnement

2.5.2. L'Intervention Brève :

La philosophie de l'Intervention Brève (50) peut se résumer en la **délivrance régulière** d'un message élémentaire ne nécessitant ni bilan complémentaire ni compétence particulière. C'est la répétition du message au public concerné qui provoque un effet de santé publique.
En ajoutant un supplément de conscience et de savoir faire à son intervention on peut établir un entretien dit « **motivationnel** ». Ainsi tout trouble même mineur est à prendre en considération dans le cadre de l'évaluation de la motivation au changement.
Il n'y a en fait pas de définition univoque de l'intervention brève.

Le programme « Boire Moins, C'est Mieux » a mis à l'épreuve dans les premières formations, menées avec les généralistes et les médecins du travail, un algorithme simple et une check-liste qui permettent à l'utilisateur d'adapter ses attitudes et ses conseils en fonction des réactions du patient. Un court entraînement entre pairs permet de se convaincre que, menée dans ces conditions, l'Intervention Brève est réellement brève (Dix minutes en moyenne) (50).

L'Intervention Brève consiste donc à évaluer la consommation d'alcool et à donner des informations sur les risques encourus lors d'une consommation excessive. Elle a un objectif de modération et non d'abstinence.

Se basant sur les modalités de l'entretien motivationnel, le soignant doit apprécier le degré de motivation du patient à diminuer sa consommation. Selon le **modèle de Prochaska et Diclente** (60), le patient étant sorti de sa phase « pré-contemplative », le médecin doit se convaincre qu'il est en mesure de réaliser ce type d'intervention. Pour cela il lui faut un minimum de savoir faire relationnel et un support de conseils :

- Pour le savoir faire il existe un modèle développé par le psychologue américain Miller Wr. C'est la « **méthode FRAMES** » (61) :
    - Feed Back : **Restitution** au patient de l'information relative à la fréquence et à la quantité de sa consommation.
    - Responsability : La **responsabilité** du changement de comportement appartient exclusivement au patient.
    - Advice : Un **conseil** de modération est clairement donné au patient.

- Menu (la carte) : Un **choix** offrant différentes options relatives à la quantité, aux délais et au rythme de la consommation d'alcool est donné au patient.
- Empathy : Le thérapeute fait preuve d'**empathie**, il évite la condescendance, les jugements de valeur et valorise les efforts et les acquis du patient.
- Self-efficacy (capacité personnelle) : Le thérapeute cherche à **renforcer** chez les patients les ressources personnelles en faveur du changement.

Parfois l'Intervention Brève peut prendre la forme du « **Conseil minimal** » et le médecin se contente du A du FRAME, soit par manque de temps soit lorsque le patient n'est pas bien convaincu du bienfait de la démarche.

- Pour le support : L'INPES en collaboration avec le programme « Boire Moins, C'est Mieux » a réalisé des outils qui comprennent trois livrets. Le premier livret est un argumentaire et guide méthodologique pour le médecin ; les deux autres livrets sont destinés au patient : l'un de ceux-ci peut être remis au consultant encore réticent et l'autre est à la fois un instrument d'auto-évaluation, d'auto-support et d'échange avec le médecin. Ils sont disponibles sur demande à l'INPES (ou en téléchargement) (62, 63).

2.5.3. <u>Efficacité du repérage précoce et intervention brève :</u>

- En 2001, Huas (64) dans son étude conclut qu'il n'y a pas de différence statistique significative entre les consommations déclarées d'alcool des patients ayant reçu une Intervention Brève et ceux n'en ayant pas reçue. Néanmoins il conclut que le simple repérage systématique et les modifications de comportement que cela entraîne chez le médecin suffisent à faire diminuer la consommation d'alcool. Parler alcool dans le repérage serait déjà en soit une Intervention Brève.
- En 2002, Heather (5) écrit que l'efficacité de l'Intervention Brève a été démontrée au-delà des doutes raisonnables.
- En 2003, une méta analyse de Bertholet (8) mettait déjà en évidence une efficacité de l'Intervention Brève dans la réduction de la consommation d'alcool à court (six à douze mois) ou moyen terme (deux à cinq ans) chez les buveurs dépassant les niveaux OMS.

- En 2006, une méta analyse de Kaner (6) estime que la durée de l'Intervention Brève est de cinq à quinze minutes et permet une diminution hebdomadaire de la consommation d'alcool de 38 grammes chez des patients ayant une consommation moyenne initiale de 310 grammes. Il remarque que les interventions intenses ne sont pas plus efficaces.
- En 2009, dans une revue francophone Coozigoop (7) conclut que l'Intervention Brève est à l'origine d'une réduction moyenne de 30 % de la consommation d'alcool. L'efficacité étant démontrée sur au moins quatre ans.
- En 2010, Huas et Rueff dans leur étude (65) et dans leur ouvrage (57) sont plutôt critiques sur l'usage par le médecin généraliste du Repérage précoce et de l'intervention brève. Ils font remarquer que la plupart des études sont réalisées dans les pays anglo-saxons où les soins primaires, la pratique ainsi que les modalités socioculturelles de consommation d'alcool sont très différentes de chez nous. Il remarque qu'il n'y a pas ou trop peu d'essais comparatifs, pragmatiques conçus et réalisés par des médecins généralistes experts dans les soins de premiers recours.

Quoiqu'il en soit l'OMS a démarré le programme de généralisation de l'Intervention Brève à l'ensemble des médecins généralistes. Programme relayé en France par la Direction Générale de la Santé et donc ensuite répercuté dans les différents plans santé (qu'ils soient gouvernementaux, ministériels ou départementaux).

2.5.4. Recommandations :

La Société Française d'alcoologie a établi en 2003 ses recommandations non modifiées depuis :

- L'intervention auprès de patients ayant un mésusage d'alcool, en dehors de la dépendance, se conçoit suivant le stade de motivation du patient (grade A) et selon un modèle de prise en charge par pallier (grade A).
- Le travail de motivation a pour objectif d'encourager le patient à envisager un changement de son comportement de consommation, en sachant qu'il est illusoire d'espérer faire atteindre à un patient un objectif qui ne lui convient pas (grade A).
- L'Intervention Brève a fait preuve de son efficacité et sa généralisation permettrait de remplir des objectifs de santé publique (grade A). Une formation est nécessaire aux

intervenants pour qu'elle soit efficace. Tout médecin doit apprendre à effectuer une Intervention Brève.

- L'intervention par paliers successifs, en cas d'inefficacité, permet à un patient de bénéficier du traitement le plus approprié, au moindre coût, sans sacrifier à la qualité des soins et lui donnant le plus de chance de succès (grade B).
- Le travail en réseau s'impose pour des situations complexes.

2.5.5. Conclusion :

Le Repérage Précoce et l'Intervention Brève auprès des buveurs à risque concernent l'ensemble du corps sanitaire et social. Le médecin généraliste figure parmi les acteurs de premier plan.

Pour les pouvoirs publics, leur mobilisation paraît justifiée en termes de santé publique du fait des bénéfices attendus : **la réduction de la consommation dangereuse d'alcool qui pourrait contribuer à la diminution de la mortalité prématurée liée à l'alcool.**

Cependant l'intervention auprès des buveurs excessifs est rendue difficile par les réticences et parfois la résistance des médecins surtout dues au fait de la faible valorisation des actes de prévention et du manque de temps.

C'est pour cela que l'OMS, l'INPES, la CNAM et divers organismes de formation continue travaillent pour qu'ils soient intégrés dans la pratique médicale de routine.

3. PROBLEMATIQUE :

Les problèmes liés à l'alcool ainsi que leurs gravités et leurs répercussions font que le médecin généraliste ne peut faire l'économie de les rechercher. Le médecin traitant possède des moyens d'action tant au niveau préventif que curatif.
Le repérage d'un mésusage à un stade précoce permet de proposer un conseil simple et codifié de réduction du risque en modifiant la trajectoire de consommation.
Dans ce but le développement du RPIB semble justifié.
Or les médecins généralistes ont encore des réticences à aborder ce sujet avec leurs patients. Ils ont la vision d'un traitement long et difficile. En effet ils arrivent généralement à identifier les patients alcooliques mais au détriment de la population à risque intermédiaire (les consommateurs à risque et les consommateurs à usage nocif).
On peut également faire l'hypothèse que les médecins généralistes se concentrent sur les patients alcoolo-dépendants et font un dépistage auprès des populations considérées comme à risque : hommes, sujets en situation précaire, usagers de drogues…
Ce dépistage se fait en laissant de côté la population générale.

4. MATERIEL ET METHODE

4.1. DESIGN DE L'ETUDE :

Nous avons réalisé une étude transversale en médecine libérale dans le bassin cannois (Cannes, le Cannet, Mandelieu, Mougins, Mouans-Sartoux) entre Mars et Mai 2013.

4.2. PROTOCOLE D'ETUDE :

Un tirage au sort des médecins généralistes, à l'aide des numéros fournis par le site de l'assurance maladie (annuaire professionnel (ameli.fr)), a été réalisé après randomisation afin de recruter au moins 20 médecins favorables à l'étude. Les médecins étaient contactés par téléphone. Afin d'avoir le même discours téléphonique, une trame a été établie par avance. Etaient inclus tous médecins généralistes tous secteurs confondus.

Une fois que les médecins avaient accepté de participer à l'étude, avec le consentement du patient, un questionnaire lui était remis en salle d'attente. N'étaient pas inclus les patients âgés de moins de 18 ans. L'objectif était de recruter 10 patients par médecin (cf. graphique). Les patients devaient répondre à des questions portant sur leur consommation d'alcool.
La première partie du questionnaire (cf. annexe) concernait des données épidémiologiques du patient. La deuxième partie concernait leur consommation d'alcool à l'aide de trois questionnaires de repérage, tirés des données de la littérature : CAGE ou DETA, FACE et AUDIT.
La durée moyenne pour remplir les questionnaires était de cinq à dix minutes.

Une fois les questionnaires remplis, nous avons comparé les résultats des réponses aux données des dossiers patients du médecin correspondant. Par la suite, un entretien semi-structuré (cf. annexe) était réalisé avec le médecin sur ses connaissances sur le mésusage d'alcool, son point de vue sur la prise en charge de ce mésusage et ses suggestions et pistes d'amélioration de la prise en charge. La durée moyenne de ces entretiens était de quinze à trente minutes.

L'anonymat des patients et des médecins a été une condition indispensable pour remplir les questionnaires et pour permettre l'expression sans réserve des médecins dans le respect de l'éthique. Toutes ces précautions ont été mises en place afin de permettre une spontanéité des participants, avec l'espoir de faire naître des idées nouvelles.
Les questions ont toujours été posées aux médecins dans le même ordre.

4.3. RECUEIL DES DONNEES :

Concernant les médecins, étaient évalués : âge, sexe, nombre d'années d'installation, estimation du nombre de patients par jour, type de secteur, type d'activité (seul ou groupe), notification dans le dossier de la consommation d'alcool des patients inclus et sa mesure. L'entretien semi-structuré était composé de dix questions ouvertes et deux questions fermées.

Concernant les patients, étaient évalués : âge, sexe, statut marital, statut professionnel (en fonction des catégories socio-professionnelles établies par l'INSEE), nombre d'enfant(s) et celui d'enfant(s) charge et résultats des questionnaires CAGE (sur 4), FACE (sur 20) et AUDIT (sur 40).

4.4. CODAGE DES VARIABLES :

Pour notre étude, un patient était considéré en mésusage quand le score AUDIT était supérieur ou égal à cinq sans distinction homme femme, mais également lorsque l'un des scores était en faveur d'un mésusage (FACE si homme ou femme, AUDIT supérieur ou égal à cinq sans distinction homme femme, CAGE)

Nous avons réalisé une analyse multivariée à l'aide des variables suivantes :
- sexe codé homme/femme
- couple codé oui (marié, PACS) et non (célibataire, divorcé, veuf)
- activité codé oui (Agriculteurs, Cadres et professions intellectuelles supérieures, Professions intermédiaires, Employés, Ouvriers.) et non (étudiant, sans emploi)
- ayant des enfants ou non

- ayant des enfants à charge ou non.

4.5. ANALYSES STATISTIQUES :

Les données recueillies sont intégrées sur une base de données informatique de type Microsoft Excel ® permettant la réalisation de tableaux croisés dynamiques ainsi que la réalisation de graphiques.
La comparaison des données quantitatives et celles des données qualitatives étaient respectivement réalisées à l'aide du test de Wilcoxon (après avoir vérifié l'absence de normalité) et l'aide du test du Khi2 ou test exact de Fisher (si les effectifs sont inférieurs à 5).
La comparaison de l'estimation de la consommation d'alcool par le patient et par le médecin et la comparaison des scores entre les 3 questionnaires (CAGE, FACE, AUDIT) était évaluée à l'aide du coefficient de concordance kappa.
Le seuil de significativité p était fixé à 0,05 et l'estimation des intervalles de confiance était fixée à 95%.
Les analyses étaient réalisées à l'aide du logiciel SAS v9.0.

Tous les entretiens, sauf quatre (refus) ont été enregistrés et l'analyse des réponses à l'entretien semi-structuré a été réalisée à l'aide du logiciel Nvivo10, après avoir été retranscrite sur Word. La saturation des données a été atteinte avant la réalisation des deux derniers entretiens.

5. RESULTATS :

5.1. RESULTATS ENQUETE PATIENTS :

5.1.1. Descriptifs des patients :

- Afin d'obtenir 200 patients répondant au questionnaire, il l'a été proposé à 228 patients. Le taux de réponse favorable est donc de 87,7 %.
- Plus de femmes ont participés à l'enquête.

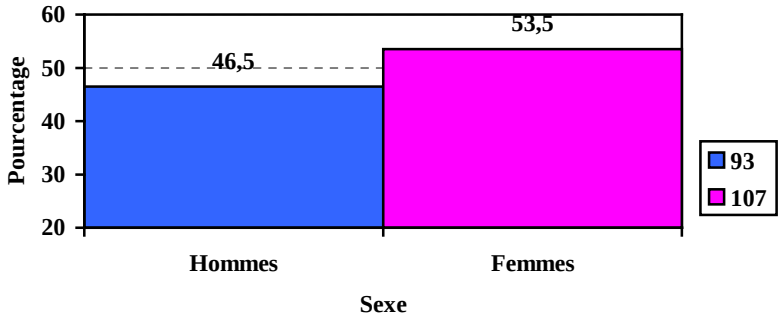


Figure 4. Répartition de l'échantillon patients selon le sexe

- L'âge moyen des participants est de 50,3 ans.
- Plus de la moitié des patients sont mariés.

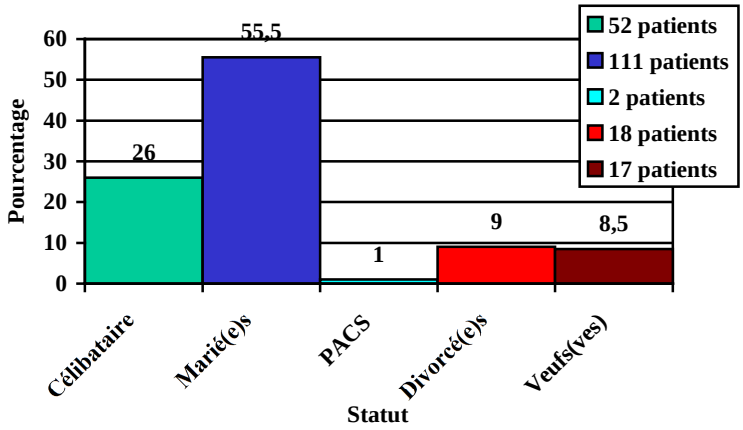


Figure 5. Répartition de l'échantillon patients selon le statut marital

- Une grande majorité des patients possèdent un ou plusieurs enfants et, le nombre d'enfant(s) est en moyenne de 1,3 par participant.

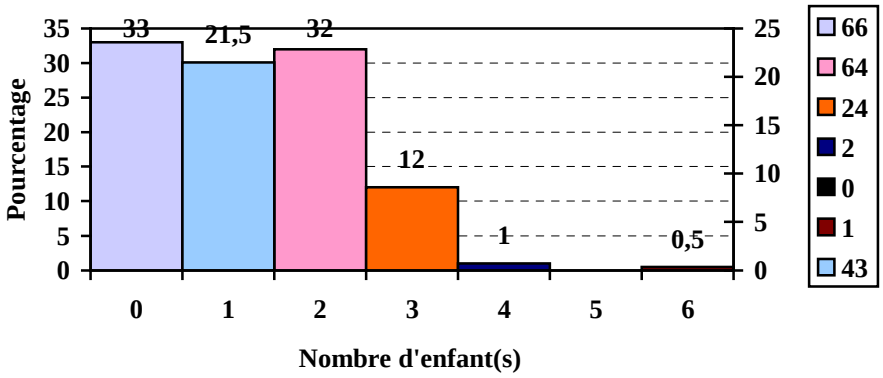


Figure 6. Répartition de l'échantillon patients selon le nombre d'enfant(s)

- La répartition des catégories socio-professionnelles est établie selon celle de l'INSEE. On ne retrouve aucun agriculteur ou exploitant dans cette enquête. Ce n'est pas très surprenant vue qu'elle a été réalisée en milieu urbain.

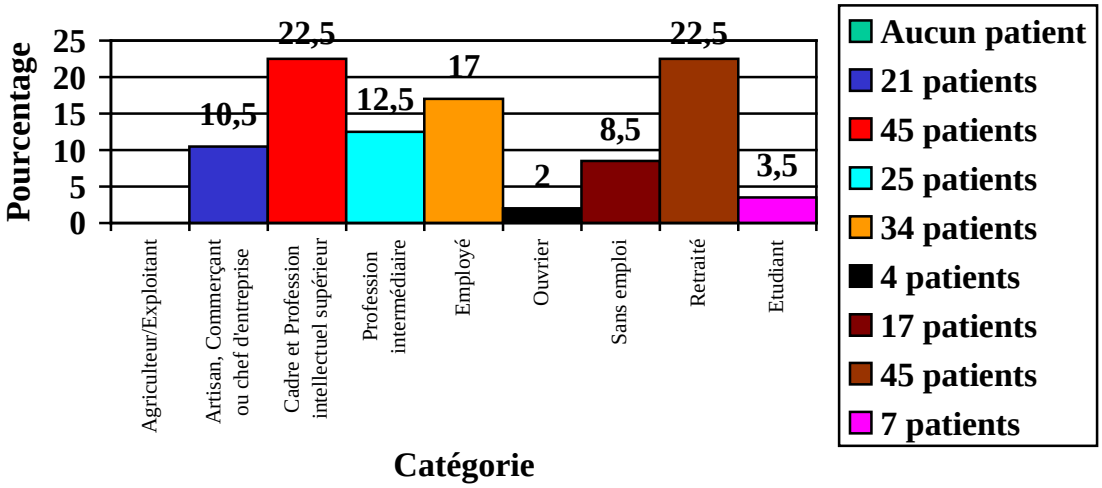


Figure 7. Répartition de l'échantillon patients selon la catégorie socio-professionnelle

5.1.2. Résultats du questionnaire DETA :

- Pour analyser les réponses à ce questionnaire, il a été considéré que tout score supérieur ou égal à deux fait suspecter un problème avec l'alcool. Le score minimum étant de zéro et le score maximum étant de quatre.

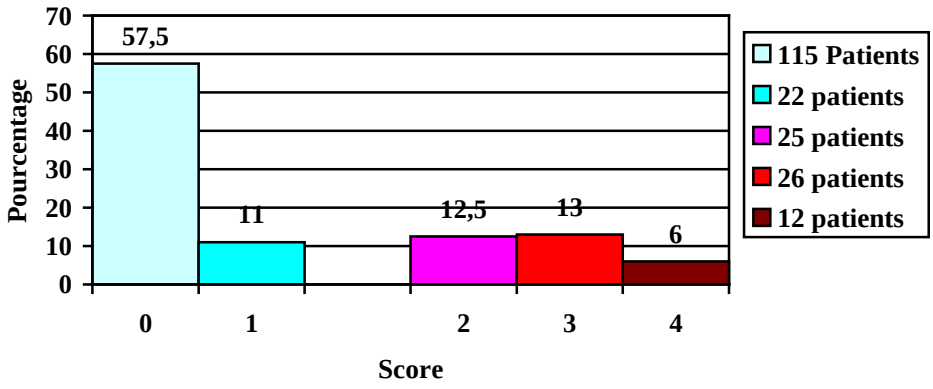


Figure 8. Résultats DETA des participants

- Interprétation du risque de mésusage en fonction du score du DETA : 138 patients ne seraient pas à risque contre 62 patients qui le seraient.

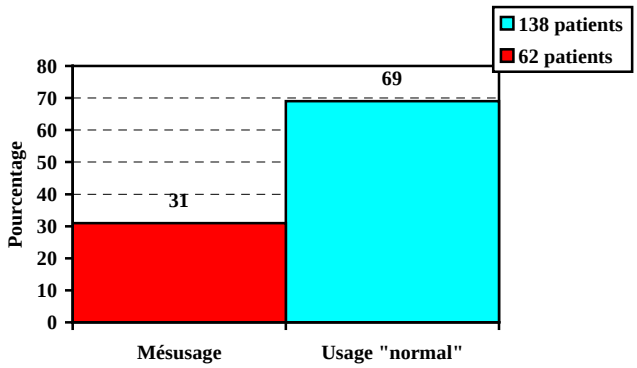


Figure 9. Répartition Usage et Mésusage selon DETA

5.1.3. Résultats du questionnaire FACE :

- Pour analyser les résultats de ce questionnaire il a été considéré : que tout score supérieur ou égal à cinq est considéré comme un risque de mésusage pour un homme et que tout score supérieur ou égal à quatre est considéré comme un risque de mésusage pour une femme. Le score minimum étant de zéro et score maximum étant de vingt.

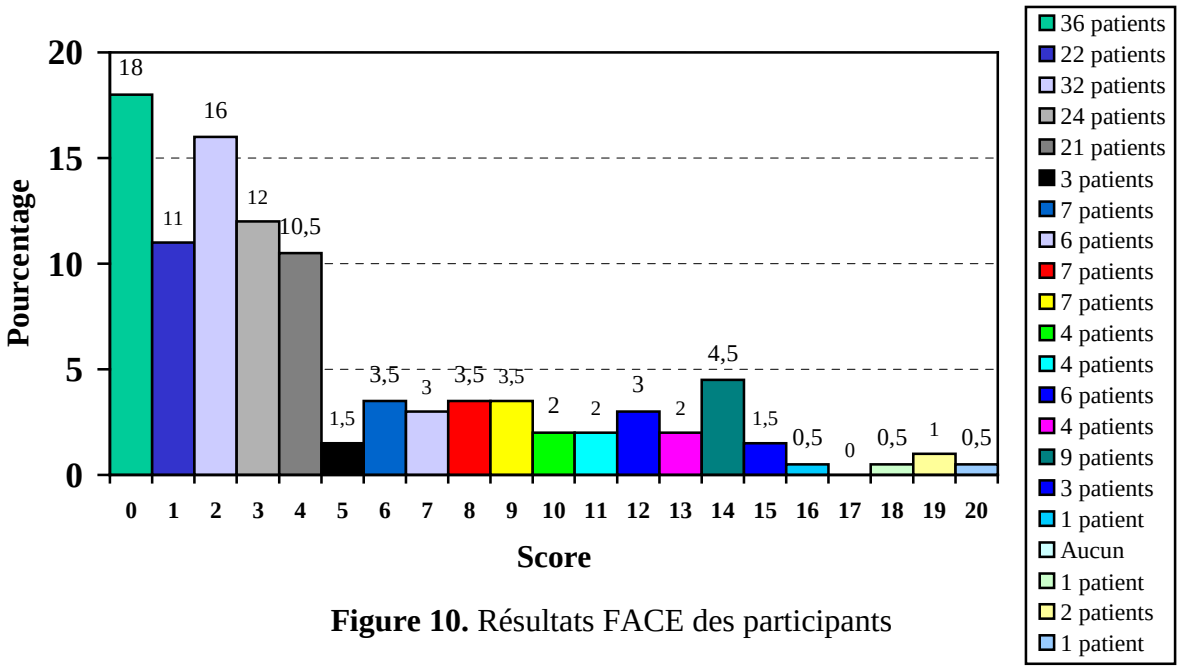


Figure 10. Résultats FACE des participants

- Au vu des résultats, on peut considérer que 124 patients ne seraient pas en mésusage contre 76 qui le seraient.

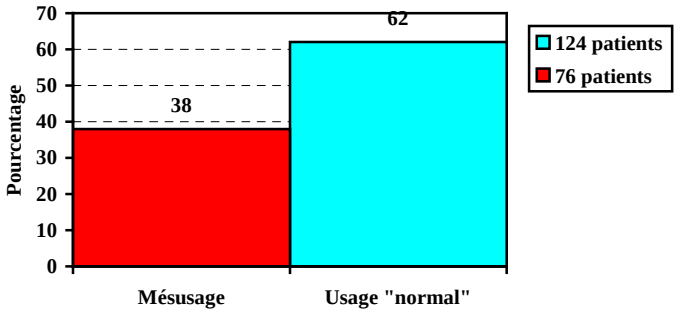


Figure 11. Répartition Usage et Mésusage selon FACE

- Si le score obtenu est supérieur à huit pour un homme comme pour une femme, d'après les auteurs de ce score, le risque d'alcoolodépendance est probable . Au vu des résultats on a ici 21 % des patients qui ont un risque d'alcoolo dépendance soit 42 patients sur les 76 en mésusages. Le risque de dépendance serait donc très fort chez les patients en mésusage.

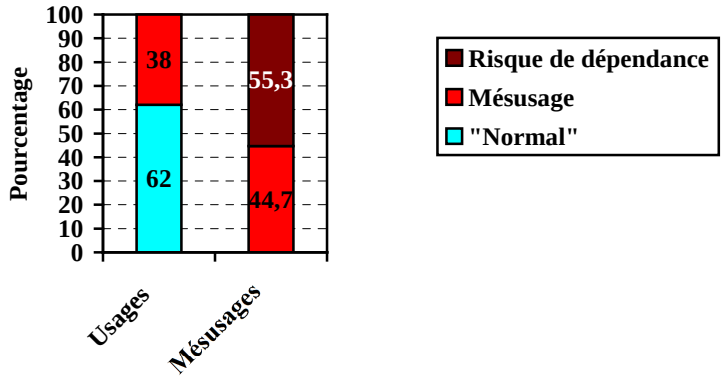


Figure 12. Risques d'alcoolodépendance selon FACE chez les participants

5.1.4. <u>Résultats du questionnaire AUDIT :</u>

- Pour analyser les résultats de ce questionnaire il a été considéré que tout score supérieur ou égal à cinq est considéré comme un risque de mésusage. Le score minimum étant de zéro et le score maximum étant de quarante.

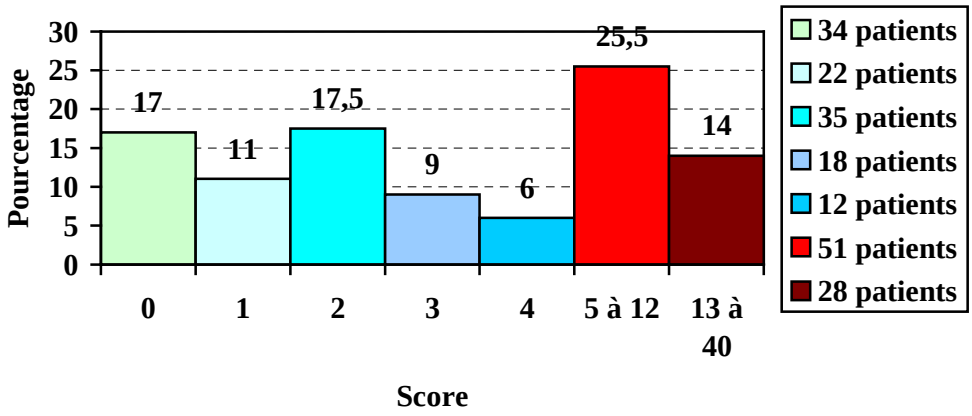


Figure 13. Résultats AUDIT des participants

- Au vu de ces résultats du score, on peut considérer que 121 patients ne seraient pas en mésusage contre 79 qui le seraient.

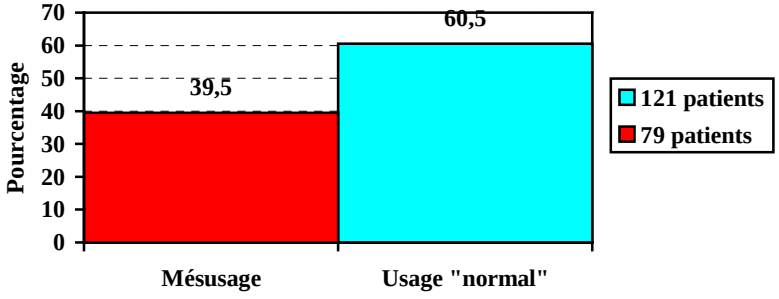


Figure 14. Répartition usage et mésusage selon AUDIT

- Si le score obtenu est supérieur à 12, d'après les auteurs de ce score, le risque d'alcoolodépendance est probable . Au vu des résultats on a ici 14 % des patients qui ont un risque d'alcoolo dépendance soit 28 patients sur les 79 en mésusage.

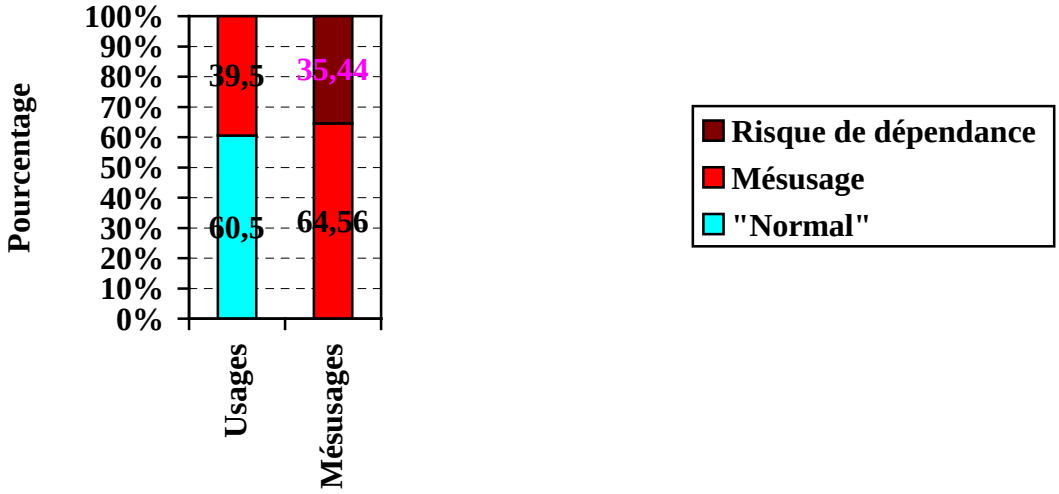


Figure 15. Risques d'alcoolodépendance selon AUDIT chez les participants

5.1.5. <u>Analyses explicatives :</u>

- Si on additionne les patients étant considérés en mésusage par au moins l'un des trois tests, on retrouve en tout 94 patients différents en mésusage soit 47 %. Cependant ce résultat ne peut être considéré comme significatif car p = 0,393.

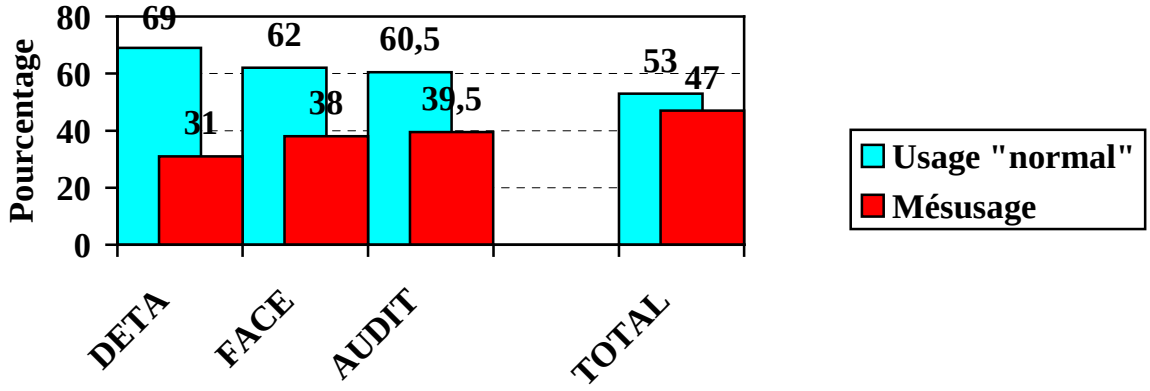


Figure 16. Répartition Usage et mésusuage chez les participants

- La répartition selon le sexe retrouve quelque soit le questionnaire une prédominance d'hommes en mésusage. On obtient ainsi que 57 % des hommes (soit 53 des 93 de l'échantillon) sont positifs pour le mésusage à au moins un questionnaire. Ces résultats sont significatifs avec un $p \leq 0,05$

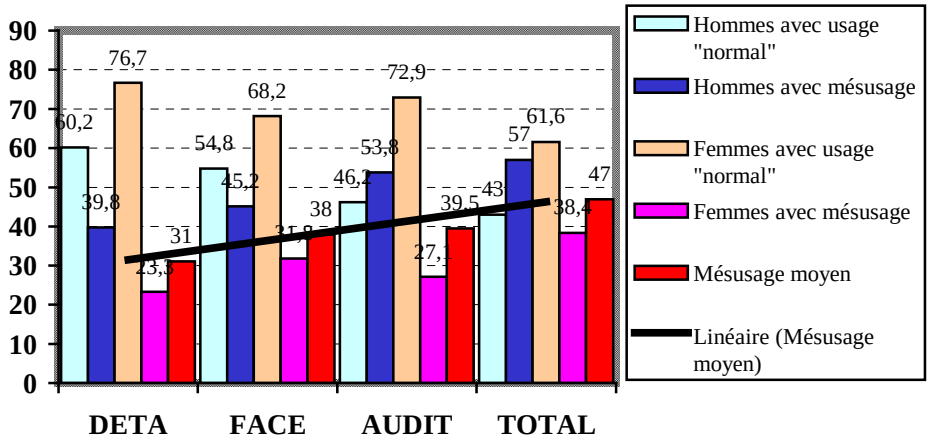


Figure 17. Répartition usage et mésusage en fonction du sexe

- La répartition du mésusage selon le statut marital retrouve une même proportion de mésusage chez les patients célibataires et chez les patients mariés. Ces résultats sont significatifs avec un $p \leq 0,05$.

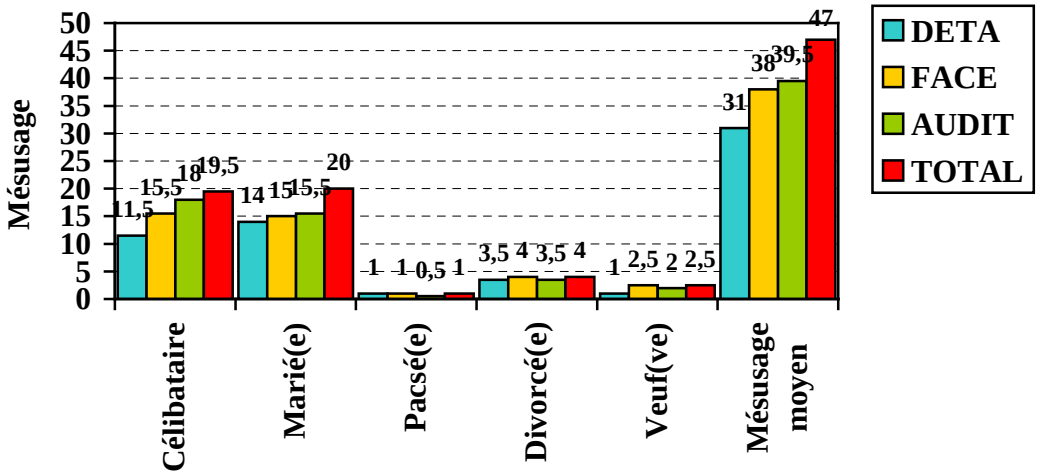


Figure 18. Répartition du mésusage selon le statut marital

- En valeur absolue le risque relatif de mésusage est plus deux fois supérieur chez les personnes célibataires. Ces résultats sont significatifs avec un $p \leq 0,05$.

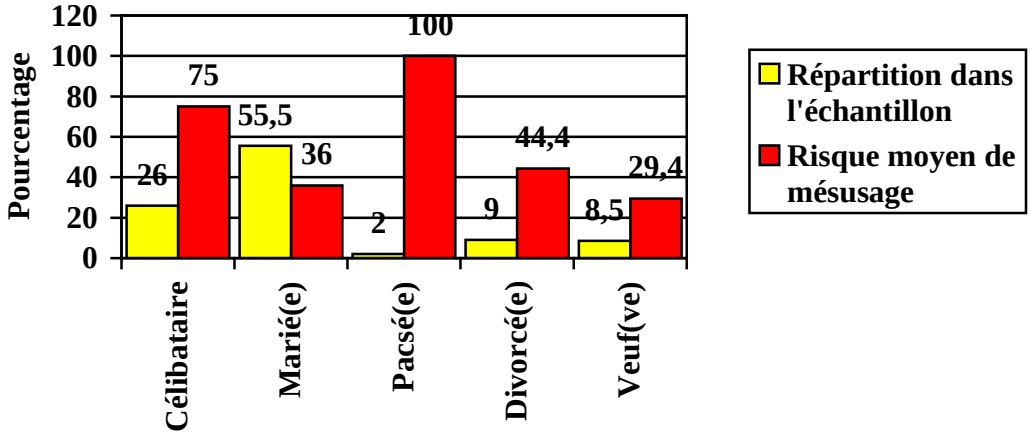


Figure 19. Proportion de mésusage selon le statut marital

- La répartition par catégories socio-professionnelles permet de constater une prédominance du mésusage chez les cadres et professions intellectuelles supérieures. Ces résultats ne peuvent être considérés comme significatifs.

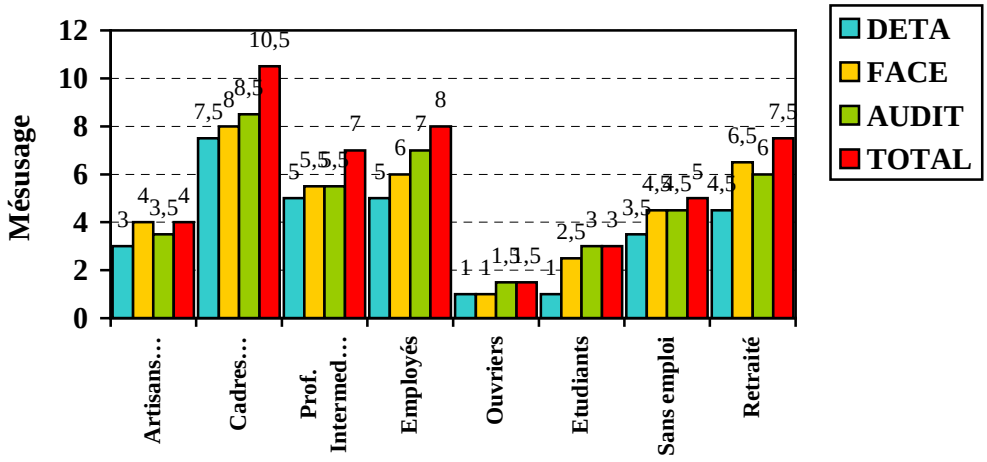


Figure 20. Répartition du mésusage selon la catégorie socio-professionnelle

- En valeur absolue le risque de mésusage est élevé dans toutes les tranches avec une nette prédominance chez les étudiants et un risque plus faible chez les retraités. Mais il est cependant élevé dans toutes les catégories représentées.

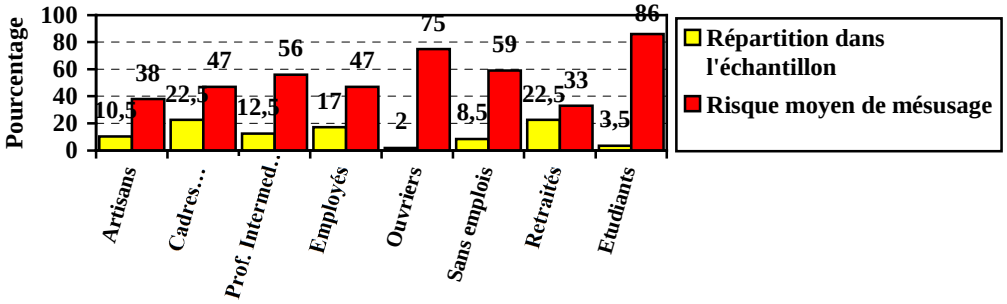


Figure 21. Proportion de mésusage selon la catégorie socio-professionnelle

- La répartition selon le statut de parentalité permet de mettre en évidence un risque majeur et deux fois plus important chez les patients sans enfant. Ces résultats sont significatifs avec un $p \leq 0,05$.

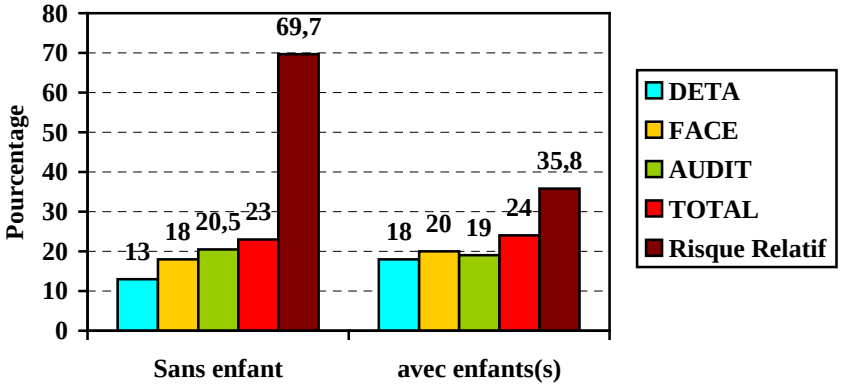


Figure 22. Répartition et proportion de mésusage selon la parentalité

En effet le nombre de patients sans enfant est de 66 (qui représente 33 % de l'échantillon) et, parmi eux 46 ont un risque de mésusage soit près de 70 %.

5.1.6. Comparaison des résultats des tests entre eux :

En considérant que 0 correspond à l'absence de mésusage et 1 à la présence d'un mésusage et, en reportant le nombre de patients correspondant à chacune des deux catégories, on trouve :

Tableau 4. Concordance des interprétations des scores DETA. FACE AUDIT

	FACE	
DETA	**0**	**1**
0	114	24
1	10	52

Kappa= 0,626
IC95% : 0,513–0,738

	AUDIT	
DETA	**0**	**1**
0	113	25
1	8	54

Kappa=0,642
IC95% : 0,532 – O,751

	AUDIT	
FACE	**0**	**1**
0	111	13
1	10	66

Kappa =0,758
IC95% : 0,665 – 0,851

D'après le résultat de ce tableau on remarque que la concordance la meilleure est celle entre le test AUDIT et le test FACE avec une concordance forte à presque parfaite. Alors que la comparaison entre DETA et AUDIT ou DETA et FACE retrouve une concordance allant de modérée à forte.

Les tests AUDIT et FACE sont donc les tests qui retrouvent le plus de similitude.

5.1.7. Analyse des facteurs de risque : Evaluation du profil des patients en mésusage :

Tableau 5 : Analyse univariée du mésusage

			MESUSAGE AUDIT			MESUSAGE (AUDIT,FACE,CAGE)		
variable	n		OR	IC95%	p	OR	IC95%	p
sexe	200	homme	3,13	1,73-5,64	(=0,0002)	2,13	1,21-3,76	(=0,0087)
		femme	1			1		
statut marital	200	célibataire	5,81	2,83-11,93	(<0,0001)	5,33	2,55-11,13	(<0,0001)
		marié	1			1		
		divorcé	1,64	0,58-4,62	(=0,347)	1,42	0,52-3,89	(=0,49)
		veuf	0,79	0,24-2,62	(=0,705)	0,74	0,24-2,25	(=0,595)
		PACS	2,58	0,16-42,55	(=0,507)	>999,99	<0,001->999,99	(=0,986)
couple	200	non	2,97	1,65-5,35	(=0,0003)	2,51	1,41-4,46	(=0,0017)
		oui	1			1		
activité	200	non	0,71	0,38-1,32	(=0,28)	0,68	0,37-1,24	(=0,21)
		oui	1			1		
nb enfant(s) >0	200	non	4,14	2,22-7,73	(<0,0001)	4,12	2,19-7,76	(<0,0001)
		oui	1			1		
à charge >0	200	non	1,69	0,91-3,15	(=0,096)	1,99	1,09-3,64	(=0,026)
		oui	1			1		
âge>40	200	non	4,58	2,45-8,61	(<0,0001)	3,72	1,99-6,95	(<0,0001)
		oui	1			1		
âge	200		0,96	0,94-0,98	(<0,0001)	0,97	0,95-0,98	(=0,0003)

Lors des analyses univariées, nous observons :

- Avec le questionnaire AUDIT, que les variables sexe, statut marital (uniquement chez les personnes célibataires), couple, nombre d'enfant(s), âge >40 sont significatives avec des Odd-Ratios respectifs de 3,13 (1,73-5,64), 5,81 (2,83-11,93), 2,97 (1,65-5,35), 4,14 (2,22-7,73) et de 4,58 (2,45-8,61).
- Tous mésusages confondus, que les mêmes variables sont significatives avec des Odd-Ratios respectifs de 2,13 (1,21-3,76), 5,33 (2,55-11,13), 2,51 (1,41-4,46), 4,12 (2,19-7,76), 3,72 (1,99-6,95).
- Par ailleurs on remarque que plus l'âge augmente et plus le risque de mésusage diminue.

Tableau 6. Analyse multivariée du mésusage

			MESUSAGE AUDIT			MESUSAGE (AUDIT,FACE,CAGE)			
variable	n	signification	OR	IC95 %	p	signification	OR	IC95 %	p
sexe	200	homme femme	3,59 1	1,84-7,03	(=0,0002)	homme femme	2,18 1	1,18-4,06	(=0,013)
couple	200	non oui	2,29 1	1,15-4,54	(=0,018)	non oui	1,84 1	0,97-3,5	(=0,062)
nb enfant(s) >0	200	non oui	1,95 1	0,91-4,16	(=0,086)	non oui	2,34 1	1,14-4,82	(=0,021)
âge>40	200	non oui	3,5 1	1,66-7,36	(=0,001)	non oui	2,54 1	1,25-5,15	(=0,0098)

Lors des analyses multivariées nous observons :

- Avec le questionnaire AUDIT, que les variables sexe, couple, age > 40 sont significatives avec des Odd-Ratios respectifs de 3,59 (1,84-7,03), 2,29 (1,15-4,54), et de 3,5 (1,66-7,36).
- Tous mésusages confondus, que les variables sexe, nombre d'enfant et age > 40 sont significatives avec des Odd-Ratios respectifs de 2,18 (1,18-4,06), 2,34 (1,14-4,82) et de 2,54 (1,25-5,15).

5.2. RESULTAT ENQUETE MEDECINS :

5.2.1. <u>Données démographiques de l'échantillon :</u>

- Entre mars et mai 2013, vingt médecins du bassin cannois ont été interrogés avec deux objectifs :
  - Comparaison des résultats des questionnaires patients et le dossier médical.
  - Entretien individuel semi-dirigé selon la grille prédéfinie.
- Le bassin cannois (Cannes, Le Cannet, Mougins, Mouans-Sartoux, Mandelieu) comporte 258 médecins (d'après le site de l'assurance maladie amelie.fr). 60 médecins ont été contactés par tirage au sort (23 %). 20 médecins ont accepté de participer à l'étude (33 % des médecins contactés et 8 % de l'ensemble des médecins du bassin cannois).
- L'âge moyen des médecins interrogés était de 49,5 ans (de 31 à 66 ans).
- On retrouve une majorité d'hommes ayant accepté de participer à l'étude : 15 (soit 75 %).

- La durée moyenne d'installation en médecine libérale était de 20,1 années (de une à 35 années).
- Sur les 20 médecins interrogés onze exercent à Cannes (55 %), quatre exercent au Cannet (20 %), quatre exercent à Mougins (20 %) et un médecin exerce à Mandelieu (5 %).
- Les médecins répondant exercent pour leur majorité en cabinet de groupe (13 médecins soit 65 %).
- Parmi ceux-ci 12 médecins sont en secteur deux (60 %).
- Par ailleurs 12 médecins exercent en secteur deux soit 60 % de l'échantillon or le taux de généralistes exerçant dans ce mode correspond à 24 % dans les Alpes Maritimes (78).

Tableau 7. Caractéristiques démographiques des médecins ayant participés à l'étude

Médecin	Age	Sexe	Exercice libéral (années)	Ville	Condition d'exercice	Secteur
1	53	Homme	25	Mougins	Cabinet groupe	2
2	48	Homme	17	Mougins	Cabinet groupe	2
3	59	Homme	28	Cannes	Cabinet groupe	1
4	64	Homme	34	Cannes	Seul	2
5	53	Homme	23	Cannes	Seul	2
6	41	Femme	3	Mandelieu	Seul	2
7	64	Homme	28	Cannes	Cabinet groupe	1
8	48	Homme	18	Cannes	Seul	2
9	56	Homme	28	Cannes	Cabinet groupe	1
10	44	Femme	13	Mougins	Seul	2
11	62	Homme	34	Cannes	Seul	2
12	31	Homme	1	Le Cannet	Cabinet groupe	1
13	36	Femme	5	Cannes	Cabinet groupe	1
14	57	Homme	13	Cannes	Cabinet groupe	1
15	58	Homme	28	Mougins	Cabinet groupe	2
16	66	Femme	35	Cannes	Cabinet groupe	1
17	49	Homme	15	Le Cannet	Cabinet groupe	2
18	49	Homme	19	Le Cannet	Cabinet groupe	1
19	45	Femme	10	Cannes	Seul	2
20	55	Femme	25	Le Cannet	Cabinet groupe	2

5.2.2. Concordance questionnaire patients et dossiers médicaux médecins :

Par concordance on entend : est ce que la consommation d'alcool est notée sur le dossier médical du patient et, si celle-ci est notée est ce qu'elle correspond au niveau d'usage de celui repéré par le questionnaire.

- Dans un premier temps il a été demandé aux médecins s'ils notaient la consommation d'alcool de leurs patients sur le dossier médical : sur les 20 médecins 12 (60 %) affirment qu'elle est notée systématiquement sur le dossier médical. Sept autres médecins affirment soit la noter en fonction d'un patient ciblé ou systématiquement sur les nouveaux patients. un médecin affirme ne jamais la noter (5 %).
- Dans le second temps il a été demandé sous quelle forme le médecin notait la consommation d'alcool du patient : huit médecins disent la noter en nombre de verres standards par jour ; quatre médecins disent détailler la quantité et la qualité de l'alcool de manière précise ; trois médecins utilisent des symboles (notamment le +) ; quatre médecins notent la consommation de façon variable ; et un médecin qui ne la note jamais.
- En comparant finalement les questionnaires patients au niveau de consommations notées dans les dossiers médicaux du médecin on retrouve :
    - Chez trois médecins une mauvaise concordance (15 %) ;
    - Chez deux médecins une concordance moyenne (10 %) ;
    - Chez trois médecins une bonne concordance (15 %) ;
    - Chez douze médecins une très bonne concordance (60 %).

Par mauvaise concordance on entend : Entre zéro et trois dossiers patients concordant au niveau de consommations relevée sur le questionnaire patient.
Par concordance moyenne on entend : Entre quatre et six dossiers patients concordant au niveau de consommations relevée sur le questionnaire patient.
Par bonne concordance on entend : Entre sept et huit dossiers patients concordant au niveau de consommations relevée sur le questionnaire patient.
Par très bonne concordance on entend : Entre neuf et dix dossiers patients concordant au niveau de consommation relevée sur le questionnaire patient.

5.2.3. **Entretiens semi-dirigés :**

1. Les explications données sur le mésusage :

Pour expliquer le mésusage d'alcool à leurs patients, une majorité des médecins interrogés l'évoquent en disant que c'est le fait de trop boire d'alcool ou que c'est une consommation excessive (pour 14 médecins).

Médecin 18 :

« J'explique tout simplement que c'est boire trop d'alcool. »

Médecin 13 :

« Pour expliquer, je demande d'abord la consommation d'alcool personnelle… soit cela me paraît trop et dans ce cas j'aborde le sujet. »

Médecin 8 :

« En les interrogeant sur leur consommation quotidienne comme point de départ à la consultation. Si j'estime la consommation trop importante… »

Médecin 15 :

« J'explique par une consommation excessive d'alcool !… »

Chez ces médecins on remarque que la plupart ne fixent pas de norme au delà de laquelle la consommation est jugée excessive.

Médecin 18 :

« …Après le boire trop varie en fonction des patients… »

Médecin 10 :

« En fonction de ce que le patient peut me dire je vois en fonction de ses antécédents si j'estime qu'il boit trop ou pas… »

Médecin 16 :

« Je l'explique par une consommation au delà d'un certain seuil ! Le seuil étant variable en fonction du sexe, de la corpulence. C'est un peu subjectif mais j'adapte en fonction de mes patients. »

Il n'y a en fait que cinq médecins qui parlent et définissent un seuil au-delà duquel ils jugent la consommation excessive.

Médecin 17 :

« J'explique quelles sont les « normes » reconnues par l'OMS (en verres standards)… »

Médecin 12 :

« …par une consommation quotidienne supérieure à un verre d'alcool par repas… »

Médecin 8 :

« Je me base pour évaluer la consommation d'alcool sur 3 verres pas jour pour un homme et 2 verres par jour pour une femme... »

Médecin 14 :

« …rappelle qu'il ne faut pas dépasser trois verres par jour pour un homme et deux pour une femme. Et qu'en soirée exceptionnellement il ne faut pas dépasser les sept verres… »

Médecin 15 :

« Pour moi je reprends ce que tout le monde devrait savoir c'est à dire 3 verres par jour pour un homme et 2 verres pour une femme. »

Ce qui est important ici c'est que sur les cinq médecins il y en a quatre qui se réfèrent aux normes de consommation établies par L'OMS.

On remarque que quatre médecins reconnaissent ouvertement ne pas savoir exactement ou avoir des difficultés à expliquer ce qu'est le mésusage d'alcool :

Médecin 4 :

« Je n'ai pas de définition toute faite, vu que j'ai moi même du mal à définir précisément ce qu'est le mésusage d'alcool. »

Médecin 6 :

« Je ne sais pas ce que c'est réellement le mésusage,… »

Médecin 10 :

« J'ai franchement une méconnaissance du problème et un aussi une difficulté de définition sur ce que signifie le mésusage d'alcool.»

Médecin 13 :

« …j'ai du mal à expliquer au patient ce qu'est le mésusage en dehors de la dépendance ! »

Deux médecins précisent qu'ils s'appuient sur un bilan biologique perturbé pour expliquer à son patient qu'il est en mésusage d'alcool

Médecin1 :

« Je profite d'un bilan biologique perturbé pour aborder l'effet toxique de l'alcool. »

Médecin 13 :

« Cela peut se faire également au décours d'une prise de sang avec un bilan perturbé. »

Quatre médecins expliquent le mésusage par les conséquences négatives sur la santé occasionnées par la consommation.

Médecin 11 :

« Je leur explique non seulement les dommages que peut engendrer l'alcool au niveau somatique et psychologique et j'y apporte une « touche personnelle» en leur expliquant… »

Médecin 4 :

« …et j'explique les dégâts qui peuvent en découler. »

Médecin 5 :

« Je leur explique les dangers d'une consommation excessive et je les engueule ! »

Il est intéressant de noter que deux médecins définissent le mésusage également par une consommation élevée même ponctuelle.

Médecin 12 :

« …par une consommation occasionnelle mais en quantité importante pouvant entraîner un état d'ébriété… »

Médecin 14 :

« …et qu'en soirée exceptionnellement il ne faut pas dépasser les 7 verres. »

Il y a deux médecins qui reconnaissent ne jamais ou presque aborder le problème !

Médecin 7 :

« Je ne l'explique pas, vu que je ne demande quasiment jamais à mes patients s'ils boivent, je trouve que c'est un sujet tabou pour les médecins de ma génération et la patientèle qui va avec ! »

Médecin 3 :

« Je n'en parle pas spontanément, et les patients m'en parlent que très rarement. »

Pour un médecin parler alcool reste encore un sujet tabou et il le reconnaît. Pour le deuxième c'est plus par manque de temps car il consulte sans rendez-vous et voit 40 patients par jour et il n'a pas le temps d'aborder tous les sujets de prévention (d'après ses explications).

Aucun médecin ne semble identifier correctement les différents stades de mésusage. Un médecin le dit ouvertement :

Médecin 13 : « Par contre j'ai du mal à expliquer au patient ce qu'est le mésusage en dehors de la dépendance ! Je ne suis pas super à l'aise. »

2. Sources de formation :

Les sources de formation des médecins concernant le problème du mésusage de l'alcool sont variées.
Pour la plupart des médecins (18/20) ils citent la formation initiale de la faculté. Deux d'entre eux émettent une réserve en disant qu'elle était trop brève :
Médecin 13 :
« C'est la formation de la fac mais on est pas super formé là-dessus. »
Médecin 6 :
« Aucune, brièvement à la fac et rien depuis ! C'est terrifiant. »

Il y a six médecins qui disent avoir lu des articles de revues sur le sujet, mais sans citer particulièrement le nom d'une revue. Seul un de ces médecins affirme lire très régulièrement sur le sujet car il le passionne.

Les Formations Médicales Continues interviennent pour quatre médecins.
Chez ces quatre médecins deux font partie de ceux qui lisent également des articles.

Internet comme source d'information n'est cité qu'une fois mais aucun site spécifique n'a été mentionné par le médecin.

Les réunions médicales telles que les groupes de pairs sont évoquées seulement par un médecin.

On remarque également que cinq médecins mettent leur expérience personnelle et professionnelle comme source de formation.
Médecin 17 :
« La faculté, la vie, mon métier, mon expérience et… »

Aucun médecin n'a évoqué un laboratoire comme source de formation.

A l'heure actuelle les sources de formations médicales sont nombreuses et variées, cependant très peu de médecins de l'échantillon n'ont d'autres formations que celles reçues par l'université et la faculté de médecine.

Sur tous les médecins interrogés un seul affirme se former continuellement sur ce sujet qui le passionne.

3. Représentation du mésusage pour le patient d'après les médecins :

Il a été demandé aux médecins de s'imaginer les croyances de leurs patients concernant le mésusage d'alcool.
Les opinions sur ce sujet sont très variées.
Parmi les croyances le plus souvent évoquées le patient ne s'imagine jamais en mésusage car c'est « l'autre ». En effet il aurait toujours en référence quelqu'un de leur entourage qui boit davantage.
Médecin 5 :
« Ils ne se sentent pas concernés pour la plupart car c'est l'autre qui boit trop ! »
Médecin 14 :
« …en référence quelqu'un qui boit plus qu'eux. Donc pour les patients le mésusage c'est les autres ! »
Médecin 7 :
« J'imagine qu'aucun ne pense qu'il boit un coup de trop, et que pour eux c'est toujours l'autre ! »
Médecin 15 :
« Pour moi le patient ne se le représente pas vraiment car pour lui il y a toujours quelqu'un d'autre qu'il connaît qui boit plus ! »

Pour d'autres le mésusage est représenté par un état d'ébriété aiguë ou constant ou la personne alcoolique.
Médecin 3 :
« Ceux qui ont une consommation excessive d'après moi ne se le représentent pas et ils imaginent uniquement l'alcoolique… »
Médecin 12 :
« … par une consommation excessive quotidienne. Une consommation excessive étant pour lui l'état d'ébriété manifeste. »
Médecin 6 :
« Du coup pour les patients le mésusage c'est juste la « cuite » ! »

Médecin 10 :
« …que c'est une imprégnation alcoolique chronique avec état d'ébriété répété. »

A l'inverse d'autres médecins pensent que leurs patients savent très bien qu'ils sont en mésusage au-delà de quelques verres par jour. Ils mettent en avant les différentes campagnes de sensibilisation que personne ne peut ignorer, conjuguées à leurs avertissements.
Médecin 17 :
« Je pense qu'ils s'en doutent actuellement car depuis plusieurs années il y a quand même des campagnes d'information à la télé, à la radio… »
Médecin 8 :
Je pense que la plupart des patients savent très bien qu'au-delà de 3 à 4 verres par jour la consommation devient abusive.
Médecin 11 :
« La plupart de mes patients comprennent bien qu'il ne faut pas boire plus de 2 à 3 verres par jour,… »

Enfin pour les autres médecins les représentations sont variées : Pour l'un c'est le sans domicile fixe, pour un autre c'est le patient qui boit par besoins d'anxiolyse. Il y a également des médecins qui disent que le patient ne se représente pas le mésusage :
Médecin 18 :
« D'après moi je ne pense pas que le patient se représente le mésusage. Et pour le patient c'est simple soit on boit trop soit c'est bon ! »

Pour deux médecins ils ont une partie de leur patientèle capable de se rendre compte qu'elle est en mésusage et l'autre non.

Parmi l'échantillon, deux médecins n'avaient pas d'idée de la vision de leurs patients.

4. Comment le médecin aborde la consommation d'alcool de son patient :

Il a été demandé aux médecins de nous dire comment est-ce qu'ils abordaient au quotidien la consommation d'alcool de leurs patients. Il y a deux groupes principaux qui se dégagent :

Le premier est celui des médecins qui affirment demander à chaque création de dossier pour un nouveau patient (12 médecins).

Médecin 17 :

« J'en parle systématiquement lors de l'interrogatoire d'un nouveau patient… »

Médecin 13 :

« …c'est un nouveau patient et je l'aborde systématiquement quand je crée le dossier… »

Médecin 8:

« J'aborde ce sujet à chaque création de dossier… »

Médecin 6:

« Dans l'interrogatoire chez le patient que je vois pour la première fois assez systématiquement dans les antécédents… »

Le deuxième groupe est celui qui reconnaît ne pas en parler ou rarement ou sélectivement.

Médecin 3:

« Selon les symptômes que le patient présente j'aborde ou pas la consommation d'alcool »

Médecin 16 :

« Très honnêtement je ne l'aborde pratiquement pas… »

Médecin 7 :

« Je ne l'aborde pas sauf si des conséquences organiques ou psychologiques apparaissent... »

Il apparaît également un groupe de sept médecins qui parlent de bilan biologique soit pour engager la discussion sur l'usage de l'alcool soit pour confirmer leur présomption.

Médecin 1 :

« Lorsque je vois les GGT qui sont augmentés et s'il n'y a pas de pathologies intercurrentes je demande assez facilement les CDT. S'ils sont augmentés j'introduis facilement la conversation car j'ai un examen qui me prouve une consommation d'alcool trop importante… »

Médecin 17 :

« Je peux m'aider du résultat d'une prise de sang pour mettre le patient devant le fait accompli ! »

Médecin 8 :

« …notamment au décours de résultats d'examens biologiques. »

Médecin 14 :

« …ça coince un peu je peux m'aider en réalisant un bilan biologique… »

Médecin 19 :
« Si j'ai le sentiment qu'un patient est dans le déni, minore ou me ment, avec un résultat de prise de sang à l'appui je me sens plus à l'aise pour… »

On remarque que certains médecins disent user de stratagèmes pour essayer d'avoir une idée de la consommation d'alcool :
Médecin 1 :
« … tendance à leur poser la question sur leur consommation en majorant : par exemple je leur dit : « bon alors vous buvez un litre de vin par jour ? » … « Et bière vous en prenez une avant chaque repas ? Et un whisky le soir devant la télé ? » J'arrive à évaluer à peu près la consommation … et en posant des questions en la majorant j'arrive à savoir la consommation exacte. C'est mon système ! »
Médecin 14 :
« …en fonction de la personnalité… On connaît les patients avec qui on peut en parler assez facilement, et d'autres pour lesquels je vais utiliser tout un tas d'artifices pour pouvoir remettre le sujet sur la table. »
Médecin 15 :
« … après une fête (genre Noël, réveillon) je demande aux patients que je vois s'ils l'ont bien arrosée ! … qu'ils ont pris en quelque sorte une bonne cuite et donc ensuite j'enchaîne pour savoir si c'est fréquemment le cas et je peux refaire le point. »

Il apparaît donc qu'une faible majorité reconnaît en parler au moins une fois avec le patient lors de la création du dossier. Seulement quatre médecins reconnaissent ensuite revenir sur le sujet régulièrement mais pas non plus à chaque consultation.
Médecin 14 :
« Après en médecine générale on a la chance de connaître et de suivre pendant longtemps les patients donc en fonction de la personnalité j'en reparle plus ou moins rapidement. »

Quelques-uns reconnaissent ne plus y revenir dessus ensuite sauf si un problème de santé apparaît.
Médecin 18 :
« …mais c'est vrai que je ne reviens pas souvent dessus par la suite. C'est peut être un tort de la considérer comme acquise ! »
Médecin 6 :

« Mais quand je ne sens pas qu'il y a une répercussion j'ai du mal à en reparler avec le patient. »

5. Les difficultés rencontrées par le médecin :

On a demandé aux médecins de nous préciser quelles étaient les difficultés rencontrées pour le repérage d'un mésusage d'alcool chez leurs patients.
Cette question met en évidence un groupe majoritaire de médecins qui disent que leur principale difficulté est soit le déni soit la sous-estimation ou les deux.
Médecin 1 :
« …car les patients ont toujours tendance à nier,… »
Médecin 4 :
« Le véritable risque est la sous-estimation. »
Médecin 3 :
« La sous-estimation de la consommation par le patient et la non acceptation que sa consommation est excessive souvent. »
Médecin 12 :
« La sous-estimation des patients quant à la quantité réellement ingérée. »
Médecin 8 :
« La principale difficulté est la négation de la consommation ou la sous-évaluation. »

Il n'y a seulement que trois médecins qui déclarent ne pas ressentir de difficultés. Un des trois précise même qu'il préfère aborder le sujet quitte à perdre le patient.
Médecin 14 :
« Je n'en ai pas directement ; Je préfère aborder le sujet au risque de perdre le patient que de ne pas en parler et garder le patient ! »

Une remarque intéressante vient de cinq médecins sur la difficulté plus importante à aborder le sujet avec une femme.
Médecin 8 :
« … sous-évaluation. Problème plus important chez les femmes. »
Médecin 6 :

« … grosse difficulté à aborder chez la femme mère de famille… De plus j'ai beaucoup de jeunes mères qui viennent systématiquement avec leurs enfants et on ne peut pas vraiment en parler. Et on n'a pas envie d'enlever l'image de mère parfaite ! »
Médecin 15 :
« … c'est le déni du patient et surtout des bonnes-femmes ! »
Médecin 20 :
« Les femmes sont moins promptes à parler de ce sujet. Certaines d'entre elles peuvent paraître choquées quand je leur pose la question… »

Pour deux médecins le sujet est pour l'un : tabou pour sa patientèle d'après lui et pour l'autre : le sujet est tabou pour lui et sa patientèle.

Il existe également deux médecins qui pensent qu'une des difficultés est en fait eux-mêmes !
Médecin 6 :
« Ma timidité un peu… »
Médecin 13 :
« …c'est que je ne sais pas bien le prendre en charge et je ne le repère pas bien non plus. »

Enfin un médecin met en avant comme difficulté le problème culturel.
Médecin 18 :
Ma principale difficulté est culturelle. Notamment chez des patients de confession musulmane chez qui la consommation d'alcool est en théorie interdite et donc je trouve qu'il y a plus de honte de l'avouer !

6. Les craintes du médecin :

Les médecins ont ensuite été interrogés sur les craintes qu'ils peuvent avoir en abordant ce thème.
Une fois de plus un groupe de 12 médecins se détachent en précisant qu'il ne présente pas spécialement de crainte.
Médecin 5 :
« Je n'ai aucune crainte, j'aborde très facilement tous les sujets avec mes patients. »
Médecin 4 :

« Lorsque j'aborde ce sujet je n'ai pas spécialement de crainte surtout que comme je le disais avant je connais très bien mes patients. »
Médecin 8 :
« Je n'ai aucune crainte en abordant ce sujet ... Pour moi l'alcool fait partie des facteurs de risque comme le tabac ou le cholestérol… »
Médecin 2 :
« Non pas du tout. Car en tant que médecin de famille j'explique bien aux patients qu'on est dans la confidence ! »

Il apparaît que trois médecins ont peur qu'aborder le sujet soit risqué.
Médecin 7 :
« … je crains qu'ils aillent voir ailleurs si mes questions ne leur conviennent pas ! »
Médecin 9 :
« … car j'ai peur en abordant trop directement le sujet de perdre la confiance de mes patients. »
Médecin 18 :
« J'ai des craintes avec mes patients que je suis depuis des années, j'ai peur qu'ils se vexent si je reviens sur le sujet. »

Il y a une fois de plus trois médecins qui semblent craindre plus les femmes que les hommes.
Médecin 6 :
« J'ai des craintes avec les femmes… c'est le cas d'une de mes patientes avec qui j'ai du mal à aborder réellement le sujet car dès que je commence je remarque qu'elle essaie de passer rapidement à autre chose. »
Médecin 7 :
« Je crains qu'ils aillent voir ailleurs … Surtout les femmes d'ailleurs ! »
Médecin 15 :
« A part le fait de risquer de vexer Madame, je n'ai pas vraiment de crainte. »

Il y a un médecin qui craint en fait les conséquences du repérage d'un mésusage.
Médecin 13 :
« Les craintes pour moi c'est de ne pas être personnellement capable de l'aider et … un minimum autoritaire ce que je ne suis pas du tout ! … ! Je n'ai pas non plus assez de psychologie pour ce genre de patient »

Enfin un médecin remarque l'évolution des mœurs dans la société et dit avoir eu des craintes au début de sa carrière mais ce n'est plus le cas actuellement.
Médecin 16 :
« Dans le passé j'en avais au tout début de ma carrière, où l'alcool était présent partout et où pratiquement tout le monde buvait. A ce moment-là dire que ce n'était pas bien de trop boire on passait vraiment pour quelqu'un de ringard ! »

7. Facilités pour mieux repérer :

Dans cette partie on a demandé aux médecins de dire ce qui facilite selon eux le repérage du mésusage.
Il y un groupe majoritaire de huit médecins qui se détache et pour qui la seule chose qui facilite le repérage c'est la relation de confiance qu'ils ont pue développer avec leurs patients.
Médecin 5 :
« La relation de confiance que j'ai pu tisser avec mes patients que je connais bien. »
Médecin 8 :
« La relation de confiance avec le patient est primordiale surtout si on veut obtenir une modification de la trajectoire de consommation. »
Médecin 10 :
« La relation de confiance médecin/patient me paraît primordiale pour aborder sereinement ce sujet. »

Il se détache également un groupe de cinq médecins qui retrouve une facilité à ce que le patient ou un de ses proches soit demandeur.
Médecin 16 :
« Si le patient ou un proche en parle spontanément. »
Médecin 6 :
« C'est bien plus facile si le patient est lui-même demandeur,… »
Médecin 9 :
« Si un membre de la famille ou de l'entourage proche appuie la démarche. »

Il y a deux médecins pour qui un bilan biologique semble indispensable.

Médecin 1 :
« Le bilan biologique dont surtout les CDT. »
Médecin 2 :
« Les résultats d'un bilan biologique. »

Il faut remarquer qu'un médecin met en avant l'insertion et le lien social qui peut faciliter cette approche.
Médecin 14 :
« C'est le lien social ! C'est à dire s'ils sont en couple, ont un travail, des enfants… Plus le patient a un lien social important et s'y rattache et plus le sujet est facile à aborder ! Plus il y a de ruptures de lien social plus ça complique les choses. »

Enfin un médecin remet en avant la différence de sexe.
Médecin 20 :
« …, le fait que le patient soit un homme. Je trouve que c'est un sujet que l'homme assume mieux que la femme… »

8. Actions des médecins une fois le mésusage repéré :

On a demandé aux médecins ce qu'ils faisaient une fois un mésusage repéré.
La majorité des médecins disent expliquer dans un premier temps les conséquences d'une consommation excessive d'alcool.
Médecin 15 :
« J'explique les risques à tous les niveaux de la consommation d'alcool. »
Médecin 11 :
« J'essaie de faire prendre conscience à mon patient de ce qu'il peut encourir s'il poursuit sa trajectoire de consommation. »
Médecin 2 :
« Je parle très facilement des conséquences et dommages liés à l'alcool. »
Médecin 10 :
« Je donne des conseils et des explications sur les conséquences de la consommation répétée d'alcool. Quels sont les dommages possibles tant physiques que sociaux ou psychologiques. J'essaie de faire prendre conscience des méfaits de l'alcool… »

Médecin 6 :
« Pour ça je lui parle des conséquences nocives de l'alcool qu'elles soit physiques ou désocialisantes… «
Médecin 5 :
« J'explique l'évolution de la consommation d'alcool et les conséquences sanitaires que cela peut engendrer. »

Le recours à des bilans complémentaires est exprimé par cinq médecins.
Médecin 1 :
« Je m'aide beaucoup de la biologie. »
Médecin 12 :
« Il m'arrive également de lui proposer un bilan para clinique s'il pratique une consommation à risque… »
Médecin 7 :
« … et je prescris en général un bilan biologique avec les enzymes hépatiques ainsi qu'une échographie abdo. »

Il y a deux médecins qui disent orienter le patient vers un spécialiste ou centres de consultations spécialisées avec plus ou moins de réussite.
Médecin 13 :
« J'oriente vers un spécialiste pour avoir un avis et être capable de plus les aider ! »
Médecin 6 :
« Et souvent je les adresse au centre ANPAA (à Antibes). Ce centre est très bien…

En ce qui concerne l'action proprement dite entant que médecin la plupart des participants disent ne pas rechercher un arrêt de la consommation mais recherchent une diminution.
Médecin 1 :
« … et je tente une diminution progressive de la consommation afin que se soit durable. »
Médecin 2 :
« Ensuite j'essaie de les amener vers une diminution progressive de la consommation… »
Médecin 20 :
« … j'essaie de fixer des objectifs de diminution avec mon patient en établissant une sorte de contrat tacite. »
Médecin 17 :

« … je ne parle jamais de sevrage. Je l'invite à diminuer doucement. Et je lui explique que pour une consommation « normale » il n'a pas besoin de se priver de son verre de « pinard » à chaque repas. »

Médecin 16 :

… je vois avec lui pour comment on peut faire pour qu'il diminue sa consommation : je vois quel verre dans la journée il veut bien supprimer et ainsi de suite. »

Il y a quatre médecins qui parlent de reconvocation spécialement pour le suivi et/ou pour prendre plus de temps avec le patient.

Médecin 12 :

« … je lui propose un suivi et un accompagnement, le relance à chaque occasion et consultation. »

Médecin 19 :

« Au décours de la consultation si je n'ai pas eu le temps de tout lui expliquer j'essaie de le reconvoquer spécialement et rapidement. Je propose un suivi régulier par la suite en m'adaptant à chaque situation …, l'objectif étant un renforcement positif. »

Un discours adapté en fonction du sexe existe pour deux médecins.

Médecin 2 :

« Par exemple c'est plus délicat d'en parler avec les femmes … j'aborde le sujet très progressivement. »

Médecin 6 :

« … pour les femmes j'évoque le côté esthétique souvent !… »

Une minorité de médecins disent faire une différence entre les patients en simple mésusage et les patients ayant une consommation nocive ou avec dépendance.

Médecin 17 :

« … à moins qu'il soit complètement alcoolo et/ou avec des problèmes somatiques ou psychologiques ou sociaux importants je n'en parle pas… »

Médecin 16 :

« Tout dépend : si le patient est dépendant j'essaie … Si le patient n'est pas dépendant je vois avec lui… »

9. Besoins et suggestions pour mieux repérer :

Les difficultés liées au repérage ayant été mises en évidence il a été demandé aux médecin de proposer des solutions pour l'améliorer.
Les solutions proposées par les médecins ne sont pas très nombreuses. Mais quelques grandes idées se détachent.

Les campagnes nationales en matière de prévention des risques liés à l'alcool semblent importantes pour les médecins qui souhaiteraient qu'elles soient plus nombreuses.
Médecin 4 :
« Je trouve que les campagnes de prévention à la télévision devraient être plus nombreuses, … les patients viennent spontanément parler plus souvent de leur consommation d'alcool. En effet ils veulent savoir si leur consommation est normale ou excessive. »
Médecin 7 :
« Je pense que les campagnes à la télévision ou autres devraient être permanentes, cela faciliterait le patient à parler avec son médecin. »

Certains médecins réclament des outils adaptés à la pratique de la médecine générale mais sans réellement en citer d'autres que le questionnaire.
Médecin 13 :
« L'utilisation de questionnaires qui peuvent être vite faits… »
Médecin 8 :
« Avoir un outil adapté à la consultation de médecine générale. C'est à dire simple, rapide, reproductible et valable ! »
Médecin 10 :
« … un questionnaire court pourrait être intéressant et utile. »
Médecin 18 :
« Je pense qu'un questionnaire plus simple à 4-5 items bien compréhensibles serait pas mal. »

Certains médecins aimeraient en fait avoir plus de temps à consacrer à leurs patients.
Médecin 6 :
« … mais le problème est aussi le temps de consultation : en effet … amené à aborder ce sujet la consultation va automatiquement déborder énormément ! »

Médecin 19 :
« Il s'agit d'un problème assez chronophage … et le temps on en manque ! »

Deux médecins de l'échantillon pensent que la prise en charge à 100 % par la sécurité sociale des examens biologiques encouragerait leurs patients à les réaliser et pourrait ainsi favoriser le repérage.
Médecin 1 :
« Le remboursement des CDT. »
Médecin 2 :
« Le remboursement des prises de sang. »

D'autres médecins ont des idées plus précises de ce qu'ils veulent : un dépistage à grande échelle, la création et la diffusion de flyers pour les patients, la diffusion du verre standard à la population, la création de DVD.
Médecin 6 :
« Des petits flyers dans la salle d'attente … qui expliquent ce qu'est le mésusage… également avec une liste de symptômes pouvant être la conséquence d'une consommation d'alcool pourrait inciter le patient à en parler. »
Médecin 9 :
« Je pense qu'il faudrait organiser un dépistage systématique et à grande échelle … un grand nombre de patients sont silencieux sur le sujet d'où l'intérêt du dépistage qui libèrerait la parole du patient… »
Médecin 11 :
« … si les patients connaissaient la notion de verre standard … il faut diffuser et vulgariser la notion de verre standard. Par exemple on pourrait écrire sur une bouteille d'alcool combien de verres standards elle représente, sur la note d'un bar également combien de verres standards ont été servis… »
Médecin 20 :
« La création de DVD avec messages de prévention qui pourraient être diffusés dans la salle d'attente des médecins équipés … ce qui pourrait inciter le patient à en parler à son médecin. »

Un médecin met en avant le fait que chaque territoire doit établir des conduites préétablies, en fonction des moyens dont il dispose, pour faciliter le repérage. Le médecin se sentant ainsi plus à l'aise pour évoquer le sujet avec son patient :
Médecin 14 :
« … il faut développer des stratégies préétablies avec solutions de rechange. Il faudrait que ces stratégies soit établies dans la « communauté d'agglomération » en fonction des moyens disponibles sur le territoire et diffusées auprès des médecins. »

A cette question un médecin n'a pas répondu car il n'avait aucune idée.

Un autre médecin pense que le repérage est uniquement dépendant du médecin et qu'il pense bien le faire.
Médecin 17 :
« J'estime le faire pas trop mal, … je ne pense pas avoir de besoins particuliers. Je pense que c'est juste l'expérience qui fait qu'on prend de l'assurance pour pouvoir aborder ce sujet. »

10. Besoins et suggestions pour mieux prendre en charge un mésusage :

Dans cette partie il est demandé aux médecins de proposer des solutions pour améliorer la prise en charge d'un patient en mésusage d'alcool.
Les solutions proposées par les médecins ne sont pas ni nombreuses et ni variées.

La majorité des médecins font la différence entre les patients qu'ils arrivent à prendre en charge en ville et d'autres qu'ils ont besoin d'hospitaliser. Dans ce cas beaucoup se disent démunis par la difficulté à obtenir une place. Plus de places d'hospitalisation ou plus de réactivité des structures leur semblent donc nécessaires.
Médecin 8 :
« … je trouve qu'il n'y a pas assez de structures adaptées pouvant faciliter un sevrage chez un alcoolo-dépendant. En effet on a des difficultés surtout au niveau de la réactivité du peu de structures disponibles entre la demande de sevrage du patient et la prise en charge réelle. »
Médecin 16 :
« Plus de réactivité si on veut hospitaliser un patient pour une cure ! »
Médecin 15 :

« Par ailleurs on manque je trouve cruellement de structures pour faire réaliser un sevrage assez rapidement. »
Médecin 17 :
« Le problème est surtout lorsque l'on souhaite réaliser un sevrage en « urgence » en hospitalisation c'est presque impossible. Je pense que des lits d'hospitalisation réservés dans ce but seraient utiles. »
Médecin 20 :
« Le problème majeur est la prise en charge en hospitalisation programmée, privée ou publique, qui est difficile à faire coïncider avec la demande et les besoins du patient.

Une autre partie importante des médecins souhaite la diffusion en libéral en réseau ou pas de spécialistes vers qui ils pourraient s'appuyer.
Médecin 5 :
« … De plus on a des difficultés si on veut une prise en charge psychothérapeutique du patient. »
Médecin 12 :
« Disposer d'un réseau en ville avec un accès facile et sans délais trop longs pour obtenir une consultation avec un gastro-entérologue, un addictologue et un psychologue… »
Médecin 2 :
« Les psychiatres sont trop peu nombreux et souvent trop coûteux … »
Médecin 9 :
« Je pense qu'il faudrait plus de psychiatres ou de psychologues intéressés par cette addiction. »
Médecin 7 :
« … soit pouvoir adresser facilement le patient à un spécialiste de l'alcool de préférence en libéral (mais cela n'existe pas je pense),… »
Médecin 15 :
« … il faudrait qu'on sache surtout vers qui se tourner en cas d'échec de notre part. »

Une fois de plus la notion de temps de consultation est citée par trois médecins qui pensent que c'est le principal frein à la prise en charge.
Médecin 7 :

« … soit réévaluer les consultations de prévention (car plus longues) pour pouvoir prendre le temps avec le patient. En effet on nous demande tellement de choses en matière de prévention, qu'il est difficile de tout faire durant une consultation… »

Médecin 13 :

« Plus de temps en consultation, car le côté psychologique rentre en compte …une consultation plus longue est souvent nécessaire. »

Médecin 19 :

« J'ai la chance d'être en secteur deux donc je peux prévoir des consultations plus longues… mais malgré tout je pense ne pas pouvoir passer tout le temps nécessaire pour une prise en charge globale. »

Pour trois médecins développer des formations sur le sujet paraît nécessaire.

Médecin 4 :

« … pour des problèmes de santé publique aussi importants, il faudrait obliger les médecins à assister à une formation de deux jours tous les cinq ans. En effet on se doit de participer à des formations médicales continues et je pense que certains thèmes devraient être obligatoires. »

Médecin 13 :

« Qu'on nous propose des formations sur le sujet ! Mais je n'en ai pas vues pour le moment… »

Médecin 14 :

« Le médecin généraliste doit être formé pour savoir également quand orienter vers une consultation spécialisée. »

On retrouve également deux médecins qui souhaiteraient une meilleure adaptation des structures spécialisées ambulatoires existantes :

Médecin 2 :

« … il faudrait des structures d'accueil plus personnalisées, et mieux adaptées… mais mes patients plutôt bourgeois et PDG ne veulent pas se retrouver dans la même salle d'attente que leurs employés… »

Médecin 6 :

« … ce centre est très bien mais il y a toutes sortes d'addictions, et la ménagère qui picole certes un peu trop peut se retrouver avec des héroïnomanes ou autres dans la salle d'attente... Du coup j'ai des patients qui n'y adhèrent pas trop. »

Un médecin de l'échantillon réclame l'aide de médicaments.
Médecin 5 :
« Je pense qu'on aurait surtout besoin d'une aide avec une nouvelle forme de pharmacopée qui n'existe presque pas… »

Deux médecins n'ont pas amené de contribution. L'un n'avait aucune idée de ce qu'on pourrait faire pour améliorer les choses et, l'autre estime bien prendre en charge ses patients et qu'il n'a donc pas de proposition.
Médecin 11 :
« Je n'en ai pas particulièrement. En effet je prends du temps avec mes patients que je suis et revois très régulièrement. Je m'aide également de mon réseau que j'ai pu faire durant mon exercice c'est à dire : psychologue, sophrologue, hypnose… »

11. Utilisation de questionnaires pour faciliter le repérage.

Dans cette partie il a été demandé aux médecins s'ils avaient déjà utilisé un ou plusieurs questionnaires pour faciliter le repérage du mésusage.

Un groupe très majoritaire de 17 médecins se détache affirmant ne pas utiliser de questionnaires.
Parmi eux certains se justifient par le fait qu'ils trouvent les questionnaires souvent mal adaptés et n'ont pas confiance en la réponse des patients.
Médecin 1 :
« Non, je n'aime pas les questionnaires car c'est froid et les patients répondent ce qu'ils veulent et ont tendance à minimiser. »
Médecin 7 :
« Non, je trouve que c'est trop long, et que les patients mentent ! »
Médecin 15 :
« Non, pas vraiment car problème du déclaratif sur le moment.»

Deux des médecins n'utilisant pas de questionnaires reconnaissent ne pas en connaître sans se déclarer contre de principe.
Médecin 13 :

« Non, mais je pense que c'est quelque chose que je pourrais développer en consultation. »
Médecin 19 :
« Non, je ne sais pas s'il en existe de tout fait, mais pourquoi pas ! »

Parmi ce groupe majoritaire un médecin cite nominativement un questionnaire qu'il trouve mal adapté.
Médecin 15 :
« Je connais le questionnaire AUDIT mais je le trouve un peu long et les questions sont parfois difficiles à comprendre pour le patient. »

Il y a donc trois médecins qui utilisent des questionnaires. Parmi eux il y en a deux qui en font usage régulièrement et un de manière occasionnelle.
Médecin 11 :
« Oui j'en utilise pour tous mes patients. »
Médecin 14 :
« J'utilise pratiquement le questionnaire DETA chez tous mes patients. »
Médecin 18 :
« Oui, le questionnaire AUDIT. »

12. Diffusion du principe du RPIB :

Dans cette dernière partie de l'entretien il a été demandé aux médecins de nous dire ce qu'ils savaient sur le principe du RPIB.

Une fois de plus une grande majorité de 15 médecins avouent ne jamais avoir entendu parlé de ce principe (en ces termes en tout cas).
Médecin 3 :
« Je ne connais pas. »
Médecin 13 :
« Jamais entendu parler. »

Il y a un médecin qui dit en avoir entendu parler dans la lutte contre le tabac.
Médecin 7 :

« J'en ai entendu parler pour le tabac, mais je ne m'y suis pas intéressé pour l'alcool. Je ne sais pas ce que ça vaut ! »

On retrouve deux médecins qui pensent connaître ce principe et en ont un avis plutôt favorable car le trouve plutôt adapté à leur pratique.
Médecin 11 :
« Il s'agit d'un dépistage précoce accompagné d'une intervention peu intrusive dans la vie du patient. Cette pratique me semble être une bonne conduite à tenir en première intention. »
Médecin 12 :
« … ça fait en fait un moment que je le pratique. En effet j'effectue systématiquement le repérage pour tous mes patients et ensuite par mes interventions répétées j'essaie de faire diminuer la consommation d'alcool voir la stopper de manière durable. »

Il y a un médecin qui pense connaître ce principe, mais qu'il juge positif pour certaines pratiques mais pas la sienne.
Médecin 5 :
« … c'est un très bon principe mais adapté pour la pratique de médecins faisant « de l'abatage » de patients au quotidien … ils ont besoin de suivre un schéma systématique pour leur consultation en s'adaptant juste un minimum aux patients.

Enfin on retrouve un médecin connaissant ce principe et qui le remet en partie en cause.
Médecin 14 :
« Je ne suis pas sûr que ce soit utile en consultation de médecine générale car soit on connaît ses patients soit on peut prévoir une consultation un peu plus longue pour aborder le sujet en profondeur. Donc le repérage oui, mais l'intervention brève je n'y adhère pas pour un médecin. »

6. DISCUSSION :

6.1. LA METHODOLOGIE :

6.1.1. La population « médecins » :

Dans le bassin cannois 51 % des médecins sont sur Cannes, 22 % au Cannet, 10 % à Mougins et Mandelieu et, 6 % à Mouans-Sartoux. Notre population médicale est donc en partie représentative en ce qui concerne Cannes et Le Cannet (avec 55 % et 20 %) mais 20 % viennent de Mougins, et 5 % de Mandelieu. Il n'y a pas de médecin de Mouans-Sartoux.

Dans les Alpes Maritimes, selon le Système d'Information en Santé de l'Observatoire Régional de la Santé PACA, la répartition d'omnipraticiens libéraux est de 27,5 % de femmes 72,5 % d'hommes. Notre échantillon est donc quasi représentatif de la population médicale du département.

Le recrutement des médecins s'est fait par téléphone. Trois principaux motifs ont été évoqués pour expliquer le refus :

- Manque de temps pour l'entretien ;
- La gêne que pourrait engendrer un tel questionnaire auprès de leur patientèle ;
- Les locaux non adaptés pour que le patient puisse remplir tranquillement le questionnaire sans être gêné par le « voisin » de salle d'attente.

Vingt médecins ont donc accepté de participer et pour huit d'entre eux le jour de recrutement des patients et le jour de l'entretien n'ont pas été le même. En effet ne sachant pas combien de temps allait durer le temps de recrutement de 10 de leurs patients, ils ne voulaient pas bloquer un créneau aléatoirement. Donc après le recrutement des patients un second rendez-vous a été pris pour réaliser l'entretien.

6.1.2. La population « patients » :

L'ensemble des antécédents et des facteurs de risque, notamment la présence ou non d'une autre addiction, n'étaient pas demandés volontairement pour améliorer la rapidité du remplissage du questionnaire.
Seuls quelques données épidémiologiques et le repérage du mésusage d'alcool étaient ciblés.

6.2. L'ENQUETE PATIENTS :

6.2.1. Profil de l'échantillon :

La population étudiée ici est représentée par 53 % de femmes et 47 % d'hommes alors que dans la population générale en France les femmes représentaient au 1er janvier 2013 51,5 % de la population française et les hommes 48 % (66).
La population étudiée est très proche et représentative de celle des Alpes Maritimes, les femmes représentent 52,7 % des habitants (67).

L'âge moyen de la population étudiée est de 50,3 ans assez éloigné de la moyenne nationale au 1er janvier 2013 qui était de 40,6 ans (68).
Cette différence peut s'expliquer en partie par une population moyenne plus âgée dans les Alpes Maritimes que dans le reste de la France.

En ce qui concerne le statut marital, l' échantillon peut sembler différer de la population des Alpes-Maritimes (69) :

- Les célibataires représentent 26 % de l'échantillon alors qu'en moyenne dans les Alpes Maritimes ils représentent 36 %.
- Les personnes mariées représentent 55,5 % de l'échantillon alors qu'en moyenne dans les Alpes Maritimes ils représentent 46 %.
- Les personnes divorcées ainsi que les veufs(ves) sont représentatifs de la population des Alpes-Maritimes c'est à dire aux alentours de 10 et 9 %.

Or il faut mettre en relief le fait que les statistiques départementales sur le statut marital démarrent à partir de 15 ans.

Notre enquête ayant recruté que des patients âgés de 18 ans ou plus, il semblerait que la représentation du statut marital serait plus proche.

Dans l'échantillon de patients 67 % ont des enfants…
Sans avoir de chiffres précis, il semble que ce soit largement supérieur à la moyenne.

Le tableau suivant permet de comparer les catégories socio-professionnelles du département et celles des patients rencontrés :

Tableau 8. Comparaison des catégories socio-professionnelles
Sources : Insee, RP2009 exploitations complémentaires.

	2009	%	Etude	%
Ensemble	906 298	100,0	200	100,0
Agriculteurs exploitants	1 951	**0,2**	0	**0**
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	42 120	**4,6**	21	**10,5**
Cadres et professions intellectuelles supérieures	75 924	**8,4**	45	**22,5**
Professions intermédiaires	118 622	**13,1**	25	**12,5**
Employés	161 562	**17,8**	34	**17**
Ouvriers	87 045	**9,6**	4	**2**
Retraités	267 144	**29,5**	45	**22,5**
Autres personnes sans activité professionnelle	151 931	**16,8**	24	**12**

Les cadres et professions intellectuelles supérieures sont beaucoup plus représentés dans la population étudiée par rapport à la population des Alpes-Maritimes. Les professions intermédiaires et les employés ont eux une représentation similaire. On peut se demander si ce n'est pas du à la prédominance de médecins en secteur deux favorisant en principe une patientèle plus aisée. Cependant en ce qui concerne cette partie nos résultats ne peuvent pas être considérés comme significatifs vu la taille de l'échantillon trop faible ($p = 0,696$). Il aurait fallu inclure 550 patients. Pour cette raison on n'a pas intégré dans les résultats la répartition des usages et mésusages en fonction de la catégorie socio-professionnelle.

6.2.2. Questionnaire CAGE :

Le risque global de mésusage(31, 33, 81) est de 21 % en France chez les adultes consultant avec 46 % chez les hommes et 17 % chez les femmes avec 12,5 % d'hommes et 2,6 % de femmes à risque de dépendance. Dans cette étude on a retrouvé avec ce questionnaire une prévalence globale de mésusage de 31 % avec un risque de 39,8 % pour les hommes et de 23,3 % pour les femmes.

On retrouve donc ici une légère diminution du risque pour les hommes mais une majoration pour les femmes.

Cette différence peut s'expliquer par l'échantillon lui-même de patients mais également par le fait que ce test n'est pas si fiable :

- Mayfield en 1974 (52) a retrouvé une sensibilité de 81 % avec 11 % de faux positifs.
- Buchsbaum en 1991 (70) a retrouvé une sensibilité de 74 % et une spécificité de 91 %.
- Rueff en 1993 (71) l'a également testé en milieu hospitalier (services de gastro-entérologie et de cardiologie) : 95,5 % des sujets sont bien classés, mais le taux de faux positifs est élevé (28,5 %). Il relève que la version française n'a pas été validée.

6.2.3. Questionnaire FACE :

Le risque global de mésusage(31, 33, 81) est de 21 % en France chez les adultes consultant avec 46 % chez les hommes et 17 % chez les femmes avec 12,5 % d'hommes et 2,6 % de femmes à risque de dépendance. Dans cette étude il a permis de retrouver une proportion de patients en mésusage de 38 % dont 21 % de patients à fort risque de dépendance. Le risque de mésusage dans la population étudiée est de 45,2 % pour les hommes et de 31,8 % pour les femmes.

Par ailleurs le risque de patients avec alcoolodépendance est ici de 21 %.

Ce test montre une légère majoration du risque de mésusage pour les hommes et une très nette pour les femmes. Il y a également une nette majoration du risque de dépendance.

Cette différence peut s'expliquer par l'échantillon lui-même de patients mais également par le fait que :

- Ce questionnaire a été élaboré par les promoteurs du programme « Boire moins c'est mieux » et est issu du « Five-shot », questionnaire finlandais (72). La version française qui diffère très légèrement n'a à ce jour pas été validée.
- La sensibilité du test finlandais est de 77 % et la spécificité de 83 %.

Néanmoins les promoteurs de ce test l'avaient comparé au questionnaire CAGE et l'ont trouvé plus efficace. De plus il permet de faire la différence entre les buveurs en mésusage simple et ceux avec risque de dépendance.

6.2.4. Questionnaire AUDIT :

Le risque global de mésusage(31, 33, 81) est de 21 % en France chez les adultes consultant avec 46 % chez les hommes et 17 % chez les femmes avec 12,5 % d'hommes et 2,6 % de femmes à risque de dépendance. Dans cette étude il a permis de retrouver une proportion de patients en mésusage de 39,5 % avec 14 % de patients à fort risque de dépendance. Parmi les patients en mésusage il y a 53,8 % des hommes et 27,1 % de femmes.
Ce test montre une majoration importante du risque de mésusage pour les hommes et également une augmentation pour les femmes par rapport à la population française. Le risque de dépendance est assez proche.
Cette différence s'explique probablement par l'échantillon de la population puisque :

- Seul test utilisé ici **validé dans sa version française** (73).
- Sa sensibilité varie de 70 à 95 % selon qu'on le fasse réaliser à un homme ou une femme. Sa spécificité varie de 95 à 98 %. Il permet également de faire la différence entre les buveurs en mésusage simple et les buveurs avec risque de dépendance avec une bonne sensibilité et spécificité.
- Lors de sa validation française il a été comparé également au questionnaire CAGE et il a obtenu de meilleurs résultats.

C'est pour ces raisons qu'on l'a pris comme test de référence lors de l'analyse statistique.

Cependant lors de la réalisation de cette étude on a pris comme valeur de positivité un score ≥ 5 quelque soit le sexe par référence au préconisation de Huas et Rueff (57). Certains

différencient hommes et femmes et retrouvent un mésusage pour un score ≥ 5 chez les femmes et ≥ 6 chez les hommes.
Dans cette étude seulement trois hommes avaient un score égal à 5.

6.2.5. Comparaison entre CAGE, FACE et AUDIT :

Lors de la comparaison des tests entre eux, on a remarqué que la concordance la meilleure est celle entre le test AUDIT et le test FACE avec une concordance forte à presque parfaite. Lors de la comparaison de ces tests on a pris comme variable uniquement l'usage sans risque et le mésusage.
La concordance avec le risque de dépendance n'a pas été évaluée. Or on a remarqué que le test FACE montrait un risque beaucoup plus important que le questionnaire AUDIT qui lui était plus proche de la moyenne nationale.

On peut donc être amené à penser que le questionnaire FACE est presque aussi fiable que l'AUDIT pour détecter un mésusage mais, pas assez pour repérer un risque de dépendance.

L'analyse combinée des trois tests a mis en évidence un risque de mésusage moyen plus important dans l'échantillon que dans la population générale. Cela est probablement lié aux caractéristiques de la population et non à une erreur.

6.2.6. L'analyse multivariée :

Elle permet de dresser le portrait du patient a fort risque de mésusage : Il s'agit d'un homme de moins de 40 ans, célibataire et sans enfant. Ce portrait est comparable à celui de la littérature (31, 33).
Si on a choisi de comparer la consommation chez les patients de moins et de plus de 40 ans c'est en référence à l'âge moyen de la population nationale (68) (et pour voir si la crise de la quarantaine avait une incidence !). Les autres critères notamment les catégories socio-professionnelles et le statut marital n'ont pu être pris en compte car pas assez significatifs.

6.3. LA TENUE DU DOSSIER MEDICAL :

On a remarqué qu'une majorité de médecins disaient noter de manière systématique la consommation d'alcool. D'autres le faisaient mais de manière ciblée et un médecin a reconnu ne jamais la noter.
Les médecins qui ne la notent pas systématiquement avancent les arguments suivants :
logiciel patient mal adapté,
manque temps pour renseigner le dossier médical,
Absence de consommation d'alcool non notée.

Par ailleurs on a pu remarquer que la notification de la consommation d'alcool est assez variable. Si une majorité la notifie en nombre de verres standards, certains autres préfèrent inscrire la qualité et la quantité d'alcool. D'autres médecins la notent en utilisant des symboles car pour eux c'est plus facile et plus rapide *(« si un patient boit une bouteille de whisky par jour je n'ai pas besoin de convertir je mets trois croix »).*
Ceux qui la notent de façon variable se justifient en expliquant que ça dépend du temps qu'ils ont en consultation.
Or pour estimer un mésusage d'après l'OMS (18) il est préférable de se baser sur le verre standard qui contient 10 grammes d'alcool pur. Cette notation permet d'uniformiser les pratiques et d'évaluer la consommation. La société française d'alcoologie a d'ailleurs repris ces recommandations (17). En effet un patient qui se sert un verre d'alcool à domicile peut s'être servi plus ou moins qu'un verre standard.
Une remarque est à faire sur l'hétérogénéité qui existe au niveau international sur la définition du verre standard : En France il contient 10 grammes d'alcool pur alors qu'aux Etats-Unis il contient 12,4 grammes et en Angleterre 8 grammes. Ce problème de définition peut entraîner des conséquences d'interprétation des résultats d'études.

Par ailleurs il est important de garder à l'esprit qu'il existe une sous déclaration du volume de consommation d'alcool. Une enquête de consommation réalisée en 1997 (74) retrouve uniquement 50 à 70 % de la quantité d'alcool vendue sur le marché. Il est probable que la sous-déclaration soit plus fréquente chez les très gros buveurs.

Après avoir comparé les questionnaires patients et le dossier médical on remarque que pour une large majorité de médecins (75 %) la concordance est de bonne à très bonne. C'est à dire

que pour une large majorité d'entre eux quand un patient était en mésusage il avait une très forte chance d'avoir été repéré d'une manière ou d'une autre par le médecin.

6.4. LES ENTRETIENS AVEC LES MEDECINS :

6.4.1. Les connaissances sur le mésusage d'alcool :

Pour la majorité des médecins aborder le mésusage d'alcool reste difficile.
En effet si pour la plupart il représente une consommation excessive, il y a seulement une minorité de médecins qui parle de seuil de consommation au-delà de laquelle la consommation représente un mésusage. Il y a donc soit une mauvaise connaissance de ces derniers, soit les médecins les jugent mal adaptés.
De plus il y a eu souvent un problème de définition : si seulement 4 médecins disaient ne pas savoir exactement à quoi correspond le mésusage, 1 seul médecin connaissait précisément les différents stades du mésusage.
Le diagnostic de mésusage semble être plutôt intuitif pour une partie de ces médecins.

Selon le Baromètre santé de1998 (3), trois quarts des généralistes disent ne pas avoir de critères pour repérer les buveurs excessifs. Il y a ici cinq médecins qui, en fixant des seuils, placent donc des critères. Ce chiffre coïncide avec cette étude datant de 15 ans.

Ce qui est cependant rassurant c'est que seulement deux médecins reconnaissent ne pas aborder le sujet (10 % de l'échantillon) et qu'il est tabou juste pour l'un d'entre eux. Ce qui est en accord avec les réticences au dépistage retrouvées par l'équipe du programme « Boire Moins, C'est Mieux » en 2002 (46).

Ce qui est également rassurant c'est que seulement deux médecins disent se servir de bilan biologique prescrit dans ce but pour faire du repérage or on sait, d'après les données de la littérature, que les examens biologiques n'ont pas leur place en première intention dans le repérage (19, 56). Ils peuvent cependant être utiles pour le suivi.

En ce qui concerne les sources de formation 90 % des médecins ont cité la formation universitaire. Or pour une majorité d'entre eux c'est la seule formation qu'ils ont eue et qui

remonte à plusieurs années. Elle est donc pour beaucoup brève et non actualisée aux données actuelles de la science.
Seul un médecin avouait être intéressé par le sujet et se tenir informé et il s'est avéré effectivement que ce médecin a été le plus prolifique lors de l'entretien.
Il faut remarquer que l'enseignement en alcoologie varie beaucoup selon les facultés et la volonté d'inclure ce thème dans le cursus de formation. Cependant en 2000, un arrêté ministériel a modifié et précisé le programme d'enseignement du deuxième cycle des études médicales. Un thème bordé obligatoirement est intitulé : « Addictions et conduites dopantes : épidémiologie, prévention, dépistage. Morbidité, comorbidité et complications. Prise en charge, traitement substitutif et sevrage : alcool, tabac, psycho-actifs et substances illicites ».
Très peu de médecins reconnaissent assister à des FMC sur le sujet. En effet la prise en charge des conduites addictives est considérée comme un objectif de formation très secondaire (57).
Ceci a en principe conduit les autorités (CNAM, Ministère de la santé…) à considérer que la formation des médecins sur ce thème était une priorité dans le programme de formation continue.
De plus chaque médecin a une histoire personnelle avec l'alcool. Quelqu'elle soit, elle influe sur son souhait d'en savoir plus sur ce sujet, sa capacité à s'intéresser aux patients concernés, et la pertinence de ses interventions.

Les médecins ont pour beaucoup une bonne idée de la représentation que se font les patients du mésusage. En effet certains patients ont envie de savoir et d'autres non.
Ceux qui veulent savoir ont pu intégrer les informations délivrées par les différentes campagnes de prévention mais aussi par internet (bien que souvent source de confusion).
Pour ceux qui ne veulent pas savoir, la plupart pensent connaître la quantité d'alcool qu'ils peuvent ingérer sans porter atteinte à leur santé. En France cette croyance se fonde sur des références socio-culturelles, familiales, amicales et professionnelles.
Il faut signaler également l'ambiguïté de l'avertissement « à consommer avec modération » qui doit obligatoirement accompagné toute publicité concernant un produit alcoolisé. Le caractère « modération » est peu informatif d'une consommation.

6.4.2. Le point de vue et le ressenti des médecins sur le repérage d'un mésusage :

Une majorité de médecins reconnaissent aborder la consommation d'alcool lors de la création du dossier médical. Cependant très peu d'entre eux ont reconnu aborder le sujet régulièrement. Or l'évolution dans le temps de la consommation d'alcool se modifie. En effet un patient ayant un usage normal d'alcool lors de la création du dossier peut, pour diverses raisons, évoluer dans le temps vers toute forme de mésusage.
Par ailleurs il est évidemment très rare qu'un patient atteint de mésusage consulte pour ce motif (40). Il paraît donc important que le médecin fasse lui même le repérage.

Parmi les principales difficultés et craintes observées on souligne l'importance que représente la sous-estimation de la consommation par le patient.
Pourtant si le médecin utilisait systématiquement la consommation déclarée d'alcool (CDA) il s'approcherait de la réalité. Ce mode d'évaluation se heurte certes à la sous-évaluation (sauf les abstinents !), mais elle n'a en réalité pas beaucoup d'importance car toutes les études de morbidité sur l'alcool utilisent la CDA comme référence et la source d'erreur y est donc intégrée de fait.
De plus la CDA peut être utilisée comme un outil parmi d'autres. Il faut également la confronter aux données acquises lors de l'examen.
Lorsqu'il n'y a pas de faisceaux d'arguments pour un mésusage, le médecin n'est pas pressé et peut réévaluer ultérieurement, sans être pressé, la CDA pour l'affiner (en effet une cause d'erreur est également la modification de la consommation des sept derniers jours suite à un événement ou une maladie) (57).
Le problème que pose le repérage des femmes est évoqué régulièrement en accord avec les principales réticences déclarées (46). La question du tabou a en effet été levée pour la plupart des médecins sauf pour les femmes. Ce doit être probablement pour des raisons socio-culturelles, liées au fait que pendant longtemps la consommation d'alcool était à prédominance masculine. Pour cette même raison un homme en parle également plus facilement.
La réticence d'être perçu comme trop intrusif fait craindre au médecin la rupture de la relation. Pourtant les différents études ont montré que ce n'était pas le cas (30, 47, 48).
Une autre difficulté est la crainte d'un manque de compétence. Cette crainte est reconnue dans cette étude par un médecin. C'est la crainte de ne pas être cru par le médecin et/ou de ne pas savoir quelle stratégie à adopter par la suite. Cette crainte est en réalité partagée par de

nombreux médecins mais il est toujours préférable d'avoir fait le repérage que rien du tout (57).

Le fait que patient parle lui même de son usage de l'alcool paraît être libératoire chez la plupart des médecins car ainsi une grosse partie de leurs craintes disparaissent. Beaucoup d'entre eux disent également que le fait qu'un proche en parle leur facilite les choses. Pourtant une grande majorité de patients, dont un proche en a parlé, est alcoolo-dépendants. Ce qui devrait donc renvoyer au médecin ses difficultés de prise en charge. Par ailleurs il est toujours gênant de détenir une information à l'insu de son patient. Dans ce cas il vaut mieux dire au proche de prévenir le patient que l'information a été donnée au médecin. Ainsi il pourra choisir librement une éventuelle demande de soin.
Les médecins ont signalé également qu'un bilan biologique pouvait faciliter l'évocation de la consommation. En effet, à ce niveau là si un faisceau d'arguments (interrogatoires et cliniques) évoque un mésusage un résultat positif de prise de sang peut le confirmer.
Presque tous les médecins évoquent la relation de confiance qu'ils ont avec leurs patients pour faciliter le repérage. Cet argument est en fait valable dans tous les champs de la médecine et paraît indispensable.

6.4.3. <u>Action des médecins :</u>

Une fois un mésusage repéré la majorité des médecins expliquent les conséquences de la consommation excessive et les risques sanitaires encourus et recherchent non pas un arrêt mais une diminution.
En fait sans le savoir ils répondent en partie à la « check-list » pour le conseil dans le cadre d'une intervention brève » proposée par Michaud et al (50). Ils peuvent entrer dans le cadre du conseil minimal ou de l'intervention très brève.
Cette check-list contient neuf points :

- Restitution du test de repérage : le sens usuel du score présenté par le patient.
- **Explication du risque alcool** : « des études montrent qu'une consommation dépassant deux verres par jour pour les femmes et trois pour les hommes, modifie l'espérance de vie… »
- Explication du verre standard : « un verre, c'est comme au bistrot : 25cl de bière, 3cl de whisky, 10cl de vin… »

- Explicatif de l'intérêt personnel de la réduction :
    - En cas de problèmes secondaires : « c'est normaliser votre biologie, réduire votre pression artérielle, supprimer certains symptômes (insomnie, anxiété…)… »
    - En l'absence de problèmes secondaires : « qu'est-ce que vous trouveriez comme avantage à réduire votre consommation d'alcool ? (argent, santé, relations,…) ».
- Explication des méthodes utilisables pour réduire sa consommation : « réduire les occasions, les fréquences, les quantités, trouver des occupations de substitution… »
- **Proposer des objectifs**, laisser le choix : « passer dans une période déterminée sous les seuils de risque ». Mais seulement si on le juge opportun. Tout objectif alternatif proposé par le patient est acceptable dans une approche éducative.
- Donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation : naturelle, cette proposition doit bien être perçue comme optionnelle.
- Remise de documents : livret, ou autres explicatifs notamment ceux éditées par l'INPES…

Une minorité de médecins disent orienter vers un confrère plus compétent. Un problème est de savoir comment le médecin fait pour s'assurer que son patient va bien voir son confrère. Un autre problème est de savoir à qui adresser le patient.

On remarque également que trop peu de médecins proposent de reconvoquer le patient. En effet il paraît intéressant de proposer au patient une consultation dédiée à sa consommation.

Une approche différente entre hommes et femmes peut parfois sembler justifiée.

6.4.4. Besoins et suggestions des médecins :

Afin de faciliter le repérage la plupart des médecins souhaitent en fait la multiplicité des campagnes de prévention soit par affichage soit à la radio et télévision. Ils réclament ces campagnes pour inciter le patient à en parler lui-même spontanément et pensent que le patient sera moins choqué lors du questionnement sur leur consommation. Par ailleurs médecins comme patients ont bien intégré le risque de l'alcool au volant à travers les actions de répression.

Afin de faciliter la parole des patients les médecins suggèrent également la mise à disposition de flyers ou de messages de prévention diffusés sur un écran en salle d'attente.

Une documentation d'information destinée aux patients est mise à disposition par l'INPES : La fiche alcoomètre actualisée en 2010 (62, 75).

En réalité ces propositions reflètent les difficultés de la médecine générale en France : La durée moyenne de consultation est de 16 minutes (76). Ainsi également le forfait du paiement à l'acte incite peu à l'allongement des consultations. Le tarif forfaitaire et le paiement à l'acte incitent peu les médecins à augmenter le temps de consultation. D'ou la nécessité d'une rémunération spécifique pour une consultation de prévention.
Une étude réalisée en 2003 estime la réalisation des actes de prévention recommandés occuperait 85 % du temps de consultation (77).

C'est dans cet esprit que la plupart des médecins disent qu'ils souhaiteraient avoir plus de temps. Un médecin a même fait la remarque qu'il y a tellement de messages de prévention ou de dépistages à faire qu'il ne pouvait pas tous les faire en consultation.

Dans cet objectif, on pourrait proposer une clef USB à remettre à tous les patients avec les différents messages de prévention et tests. Le patient pourrait ainsi réaliser lui-même les tests en prenant le temps qu'il souhaite. Une consultation pourra ainsi être prévue sur le sujet que souhaite aborder le patient. Cette idée semble être intéressante mais se heurte à son coût, à la volonté du patient, à la disposition d'un ordinateur et à la mise à jour régulière.

Une idée qui paraît originale, n'étant pas si difficile à réaliser, est la diffusion du « verre standard ». En effet rajouter sur l'étiquette d'une bouteille d'alcool combien de verres standards elle contient ou sur l'addition d'un bar combien de verres standards ont été consommés paraît réalisable. Encore faut-il une réelle volonté politique. Cela pourrait permettre au patient de se rendre compte de sa réelle consommation.

Les médecins réclament la création d'outils pour les aider à repérer. En réalité avec le développement du RPIB la plupart des outils existent déjà. Notamment sous la forme des questionnaires (comme ceux qu'on a proposés aux patients). Se pose alors la question du message de diffusion et de développement de cette méthode

Un médecin émet une proposition qui paraît judicieuse et complémentaire : diffuser des schémas de stratégies préétablis comme des arbres décisionnels ont pu être diffusés pour d'autres pathologies. Il pousse même plus loin en disant qu'il faut l'adapter au territoire sur lequel exerce le médecin. En effet le médecin peut se sentir seul et démuni pour la prise en charge des patients alcoolodépendants. Savoir quelles sont les structures adaptées, les spécialistes proches de chez lui, les réseaux et associations et, savoir comment les contacter paraît facile à réaliser (par la CPAM, les ARS…) et à diffuser. A noter qu'existe le Réseau Alcoologie Alpes-Maritimes Ouvert (RAAMO) qui est censé le faire mais dont aucun médecin n'a parlé !
Cette proposition répondrait aux besoins que ressentent beaucoup de médecins.

Cependant les médecins qui connaissent les structures ambulatoires se plaignent de leur manque d'adaptation. En effet l'accueil de toutes les addictions dans un même lieu pose un problème de promiscuité aux personnes orientées vers ces structures. Meilleure adaptation des locaux ?
Les médecins se plaignent également du manque de places d'hospitalisation. Ce problème existe effectivement d'autant plus que peu d'hôpitaux disposent de service d'addictologie avec lits d'hospitalisation propres. Il y a également peu de structures privées spécialisées. Cependant il faut remarquer que ce besoin est ressenti uniquement pour le sevrage de patients dépendants. Les médecins redoutent de proposer un sevrage ambulatoire car ils surestiment le risque d'échec. Or ce sevrage pourrait être réaliser avec succès chez de nombreux patients.
Les contre-indications au sevrage ambulatoire doivent être connues et recherchées par le médecin traitant (82) :

1. Antécédent de DT ;
2. Dépendance physique importante (forte quantité d'alcool absorbé (mais pas de précisions sur la quantité !) et nécessité de boire dès le réveil voire même réveil nocturne pour boire),
3. Altération de l'état général,
4. Hépatopathie,
5. Pathologies pouvant décompenser lors du sevrage (diabète, épilepsie…),
6. Problèmes socio-familiaux (condition de vie, conflit familial, précarité…)).

L'utilité de l'introduction d'un médicament pour la prise en charge d'un mésusage sans dépendance ne paraît pas se justifier.

6.4.5. Utilisation de questionnaires et diffusion du RPIB :

La très grande majorité des médecins ont reconnu ne jamais se servir de questionnaires et la plupart n'avaient jamais entendu parler du RPIB.
Ces deux points sont en fait liés car la diffusion des questionnaires de repérage vont de paires avec la diffusion du RPIB qui a été recommandée par l'OMS, les autorités de santé et même par la société française d'alcoologie.
Or au niveau de l'échantillon on se rend compte que la diffusion n'a vraisemblablement pas été très bonne.

Il y a une remarque d'un médecin qui utilise le test AUDIT qui s'est vérifiée au moment de l'étude : c'est la difficulté pour la compréhension de certaines questions et la durée de réalisation de ce test.

6.5. POINTS FORTS ET POINTS FAIBLES DE L'ETUDE :

Un des points fort de l'étude est lié au fait que tous les patients ont été recrutés en médecine générale.
Un autre est la réalisation des entretiens par un seul et même interlocuteur. L'entretien se faisant au sein même du cabinet de chaque médecin et, en prenant soin de ne pas émettre d'opinion face aux réponses apportées, tout en gardant les questions ouvertes. Ceci limite les biais liés à la méthode d'analyse qualitative.
Un autre point fort est que ce travail a permis d'émettre des hypothèses d'amélioration des pratiques à travers les suggestions des médecins.

Un point faible est à signaler c'est la faible représentativité de l'échantillon de médecins y participant. Il représente seulement 8 % des médecins du bassin cannois.
Par ailleurs 12 médecins exercent en secteur deux soit 60 % de l'échantillon or le taux de généralistes exerçant dans ce mode correspond à 24 % dans les Alpes Maritimes (78).
Par ailleurs la méthode qualitative en soit présente des points faibles. La possibilité de hors-sujet, bien que limitée par le caractère semi-dirigé. Les conditions d'entretien sont parfois difficiles. Ces dernières sont liées aux conditions de travail et au manque de temps qui peut limiter la durée de l'entretien. Il faut également tenir compte de la capacité d'expression du

médecin. Le fait d'avoir un « jeune médecin » comme expérimentateur peut également influencer le déroulement et le contenu de l'entretien.
La représentativité d'une dizaine de patients par médecin est faible dans une patientèle complète.
Pour cette étude on s'est contenté uniquement de la comparaison du dossier patient et des questionnaires remplis par celui-ci. L'avis qu'a son médecin sur son patient n'a pas été pris en compte. Il est possible qu'un mésusage ait pu être repéré sans que cela ne soit écrit dans le dossier.
N'a pas été relevé le nombre de mésusages non connus par le médecin.
On n'a pas relevé la date de notification de la consommation d'alcool. Or la consommation d'alcool d'un patient peut évoluer dans le temps.

7. CONCLUSION :

Cette étude a été réalisée auprès de 20 médecins généralistes contactés après tirage au sort et auprès de 200 de leurs patients.

La partie de l'étude réalisée auprès des patients a mis en évidence un risque de mésusage d'alcool plus important dans l'échantillon que dans la population générale.

Cette étude a également montré qu'une très grande majorité des médecins (dix neuf)) avaient recherché un mésusage d'alcool. Parmi eux, douze réalisent un repérage systématiquement au moins une fois. Les sept autres le pratiquant de manière plus ciblée.

Les entretiens ont permis de mettre en avant les difficultés qu'ont les médecins à définir un mésusage et à l'expliquer à leurs patients. Ils mettent également en évidence le peu de formation qu'ils ont sur le sujet. Leurs principales difficultés relèvent du déni du patient ou de la sous-évaluation de la consommation, un malaise pour aborder le sujet avec les femmes. La relation de confiance qu'ils doivent établir avec leur patient pour aborder ce sujet leur semble indispensable. Néanmoins les médecins parlent plus facilement d'alcool. Ils signalent le bienfait des campagnes de prévention et souhaiteraient qu'elles soient plus nombreuses. Le manque de temps est mis en avant pour les actes de prévention, mais également dans ce cas pour la prise en charge.
Certains d'entre eux ont apporté des solutions originales pour favoriser le message de prévention en matière d'alcool (comme la diffusion de la notion du « verre standard », la diffusion de « flyers » avec les symptômes évoquant un mésusage, la diffusion de films en salle d'attente…). En matière de prise en charge il n'y a pas spécialement d'idées originales mais une demande d'amélioration de l'organisation et de la réactivité des structures déjà existantes et la diffusion des contacts nécessaires. Très peu de médecins utilisent des questionnaires pour faciliter le repérage et la plupart des médecins n'avaient pas ou peu entendu parler du RPIB. Même si certains médecins pratiquent l'IB sans le savoir, ils expriment le besoins d'outils adaptés à la médecine de ville.

La comparaison des tests de mésusage et du dossier médical a montré chez la majorité des médecins (15) une bonne voire même très bonne concordance. Ce qui montre que quelque soit le mode de repérage utilisé il est très souvent fait.

La diffusion du principe du RPIB, recommandée par la Société française d'alcoologie et les autorités sanitaires et l'OMS, est un message qui est mal passé. Mais les médecins participants font tout de même un repérage de bonne qualité. Se pose donc la question de l'adaptation des recommandations à la pratique de la médecine générale.

La comparaison des résultats des tests DETA, FACE et AUDIT a permis de relever une forte concordance en matière de repérage du mésusage (toutes catégories confondues) entre le test AUDIT et FACE. Or le test FACE n'a pas été validé actuellement. Pourtant sa réalisation a semblé beaucoup plus facile et plus rapide par le patient. Un essai de faisabilité en médecine générale pourrait être réalisé ainsi que sa validation.

8. ANNEXES :

1. Les effets de l'alcool sur la conduite automobile
2. Entretien téléphonique de demande de participation
3. Support de conseil dans le cadre d'une intervention brève
4. Questionnaire CAGE/DETA
5. Questionnaire FACE
6. Questionnaire AUDIT
7. Questionnaire patients
8. Questionnaire médecins
9. Le cycle de Prochaska
10. Programme de l'OMS en matière de lutte contre l'alcool

ANNEXE 1 : Les effets de l'alcool sur la conduite automobile

Taux d'alcoolémie en grammes par litre de sang	**Risques engendrés**
Jusqu'à à 0,16	Zone de tolérance physiologique. Aucun effet apparent. Aucun risque.
De 0,16 à 0,20	20% des conducteurs ne sont déjà plus sûrs d'eux-mêmes. Début de l'allongement du temps de réaction visuelle.
De 0,20 à 0,30	A peu près tous les sujets ont leur électroencéphalogramme perturbé. Début d'autres perturbations des composantes visuelles.
De 0,30 à 0,50	Toutes les composantes visuelles sont perturbées : temps de réaction visuel allongé ; champ visuel rétréci ; vision stéréoscopique modifiée ; début de perturbation de la fusion optique des images.
0,50	Taux contraventionnel.
De 0,50 à 0,80	Apparition de perturbations des facultés psychomotrices, diminution de : capacité d'attention ; concentration ; jugement ; capacité d'intégration des faits. D'où perte : du sens critique ; de la capacité de décision opportune. D'où surestimation de soi, agressivité et émotivité coléreuse. Modification dangereuse de la qualité des réponses à la présentation des signaux routiers. Modification des tests de coordination et d'adresse. Début d'euphorie des conducteurs.
0,80	Taux délictuel.
De 0,80 à 1,50	Aggravation des troubles. Chute de la vigilance. Début de l'ivresse. Conduite dangereuse.
De 1,50 à 3,00	Allure titubante, diplopie.
De 3,00 à 5,00	L'ivresse est nette, la conduite est impossible.
Au delà de 5,00	Coma pouvant entraîner la mort.

Les effets de l'alcool sur la conduite automobile

ANNEXE 2 : Entretien téléphonique de demande de participation :

Bonjour, je me présente, je m'appelle Yonathan Beck, et je suis actuellement en fin d'internat. Je fais appel à vous car je recherche des médecins volontaires pour participer à la réalisation de ma thèse de médecine générale

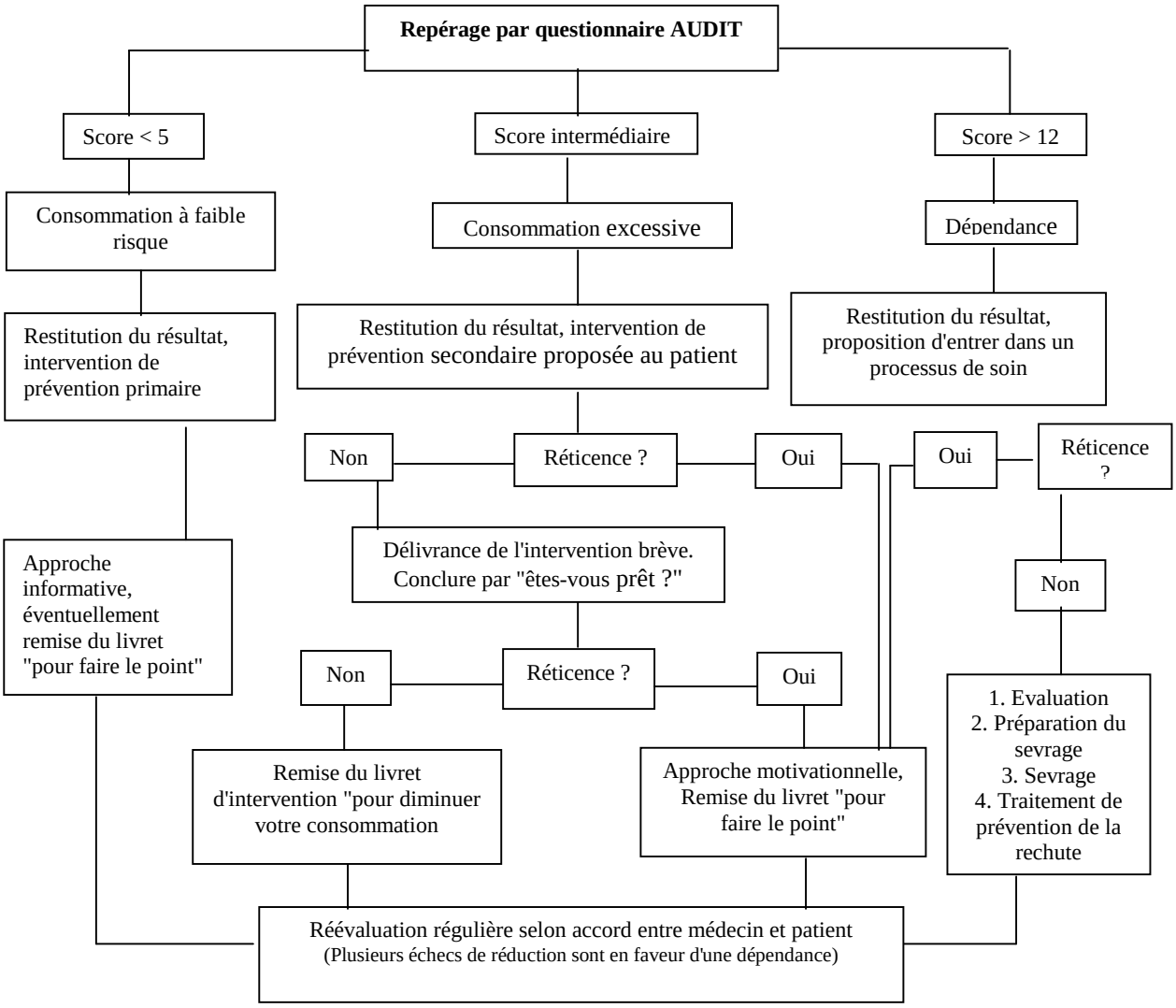
Il s'agit d'une étude transversale portant sur le mésusage d'alcool.

J'aurais besoin de faire remplir un questionnaire à dix de vos patients, et ensuite de prévoir un entretien avec vous de 15 à 30 minutes.

Bien entendu si vous acceptez l'anonymat pour vous et vos patients sera respecté. Les résultats vous seront communiqués.

Je vous remercie pour l'aide précieuse que vous pourriez m'apporter.

ANNEXE 3 : Support de conseil dans le cadre d'une intervention brève (50)



C'est trois situations sont seulement probables après un questionnaire. La certitude est donnée par la clinique.

ANNEXE 4 : Questionnaire CAGE/DETA

Il s'agit d'un questionnaire de repérage du mésusage d'alcool. Composé de quatre questions et noté sur 4.

D — Avez-vous ressenti le besoin de **Diminuer** votre consommation de boissons alcoolisées ?

E — Votre **Entourage** vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?

T — Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez **Trop** ?

A — Avez-vous déjà eu besoin d'**Alcool** dès le matin pour vous sentir en forme ?

Interprétation :

Les réponses au CAGE sont cotées 0 ou 1.
Plus le score est élevé, plus il est probable qu'il existe un problème d'alcool.
Un score de 2 ou plus est jugé significatif sur le plan clinique.

ANNEXE 5 : Questionnaire FACE

Il s'agit d'un questionnaire de repérage du mésusage d'alcool. Composé de cinq questions et noté sur 20.

1. A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

- Jamais 0
- Une fois par mois au moins 1
- 2 à 4 fois par mois 2
- 2 à 3 fois par semaine 3
- 4 fois ou plus par semaine 4

2. Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

- Un ou deux 0
- Trois ou quatre 1
- Cinq ou six 2
- Sept à neuf 3
- Dix ou plus 4

3. Votre entourage vous a-t-il fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?

- Non 0
- Oui 4

4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

- Non 0
- Oui 4

5. Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?

- Non 0
- Oui 4

Interprétation :

- Score <5 : Risque faible ou nul
- Score de 5 à 8 : consommateur excessif probable
- Score >8 : alcoolodépendant probable

ANNEXE 6 : Questionnaire AUDIT

Il s'agit d'un questionnaire de repérage du mésusage d'alcool développé par l'OMS. Composé de dix questions et noté sur 40.

AUDIT (Entourer la bonne réponse)					
A quelle fréquence consommez-vous de l'alcool ?	Jamais	1 fois ou moins par mois	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois par semaine ou plus
Combien de verres standards buvez-vous lors d'une journée où vous consommez de l'alcool ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	1O ou plus
Lors d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive t-il de boire 6 verres ou plus ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Chaque jour ou presque
Durant la dernière année, à quelle fréquence avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Chaque jour ou presque
Durant la dernière année, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Chaque jour ou presque
Durant la dernière année, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Chaque jour ou presque
Durant la dernière année, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Chaque jour ou presque
Durant la dernière année, à quelle fréquence avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Chaque jour ou presque
Vous êtes-vous blessé(e) ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas durant les 12 derniers mois		Oui, au cours des 12 derniers mois
Est-ce qu'un ami ou un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de diminuer ?	Non		Oui, mais pas durant les 12 derniers mois		Oui, au cours des 12 derniers mois

Interprétation :

- Score supérieure ou égale à 5 : consommation à risque
- Score supérieure ou égale à 12 : dépendance probable

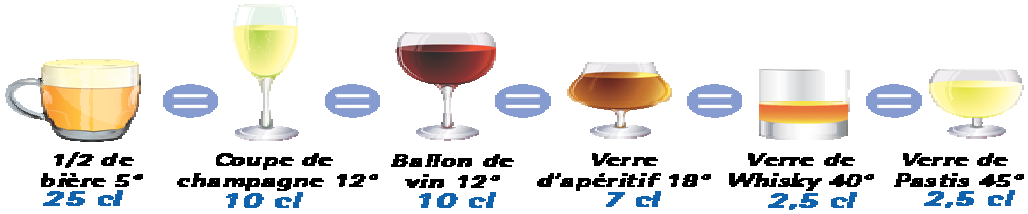
ANNEXE 7 : Questionnaire Patients

Nom (uniquement les 2 premières lettres) :
Prénom (uniquement les 2 premières lettres) :
Date de naissance :
Sexe :
Statut marital :
Nombre d'enfant(s) : Nombre d'enfant(s) à charge :

Profession (entourez la bonne réponse) :

1. Agriculteur exploitant
2. Artisan, commerçant et chef d'entreprise
3. Cadre et profession intellectuelle supérieure
4. Profession Intermédiaire
5. Employé
6. Ouvrier
7. Etudiant
8. Sans emploi
9. Retraité

Madame, Monsieur,
Ces questionnaires permettent d'évaluer par vous-même votre consommation d'alcool. Merci de les remplir en entourant les bonnes réponses.
Pour votre information, rappelons que tous les verres ci-dessous contiennent la même quantité d'alcool pur et sont définis comme « un verre standard ».



CAGE/DETA

Avez-vous déjà (entourer la bonne réponse) :

1. Ressenti le besoin de diminuer consommation de boissons alcoolisées ?

OUI NON

2. Votre entourage vous a t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?

OUI NON

3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?

OUI NON

4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

OUI NON

FACE
(entourer la bonne réponse)

1. Quelle est votre fréquence de consommation de boissons alcoolisées ?
   - Jamais
   - Une fois par mois ou moins
   - Deux à quatre fois par mois
   - Deux à trois fois par semaine
   - Quatre fois ou plus par semaine

2. Combien de verres standards buvez-vous au cours des jours où vous buvez de l'alcool ?
   - 1 ou 2
   - 3 ou 4
   - 5 ou 6
   - 7 à 9
   - 10 ou plus

3. Votre entourage vous a t-il fait des remarques sur votre consommation d'alcool ?

OUI NON

4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

OUI NON

5. Vous arrive t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?

OUI NON

AUDIT (Entourer la bonne réponse)					
A quelle fréquence consommez-vous de l'alcool ?	Jamais	1 fois ou moins par mois	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois par semaine ou plus
Combien de verres standards buvez-vous lors d'une journée où vous consommez de l'alcool ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	1O ou plus
Lors d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive t-il de boire 6 verres ou plus ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Chaque jour ou presque
Durant la dernière année, à quelle fréquence avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Chaque jour ou presque
Durant la dernière année, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Chaque jour ou presque
Durant la dernière année, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Chaque jour ou presque
Durant la dernière année, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Chaque jour ou presque
Durant la dernière année, à quelle fréquence avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Chaque jour ou presque
Vous êtes-vous blessé(e) ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas durant les 12 derniers mois		Oui, au cours des 12 derniers mois
Est-ce qu'un ami ou un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de diminuer ?	Non		Oui, mais pas durant les 12 derniers mois		Oui, au cours des 12 derniers mois

ANNEXE 8 : Entretien médecins

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Année de début d'exercice libéral :

Lieu :

Estimation du nombre de patients vus par jour :

Entretien :

Connaissances sur le mésusage d'alcool

1. Comment expliquez-vous le mésusage d'alcool à vos patients ?
2. Quelles sont vos sources de formation sur ce sujet ? (formation initiale et continue, revues…)
3. Selon votre expérience comment les patients se représentent-ils un mésusage d'alcool ?

Point de vue et ressenti des médecins sur leur prise en charge

1. Comment abordez-vous au quotidien la consommation d'alcool de vos patients ?
2. Quelles difficultés rencontrez-vous ?
3. Avez-vous des craintes en abordant ce sujet ?
4. Qu'est-ce qui, selon vous, facilite cet abord ?

Expérience et attente des médecins

1. Que faites-vous une fois un mésusage repéré ?
2. Quels seraient vos besoins, vos suggestions pour mieux repérer un mésusage ?
3. Quels seraient vos besoins, vos suggestions pour mieux prendre en charge un mésusage ?
4. Avez-vous déjà utilisé des questionnaires pour faciliter ce repérage ?
5. Que pouvez-vous me dire sur le principe du RPIB ?

ANNEXE 9 : Le cycle de Prochaska

Il définit en **6 étapes le changement de comportement**:

1. **La pré-intention ou stade précontemplatif** : la personne n'envisage pas de changer son comportement dans les six prochains mois. Il existe de nombreuses raisons, qu'il faut essayer d'analyser : autres priorités, crainte de l'échec, manque d'information …

2. **L'intention ou stade contemplatif**: la personne envisage de modifier ses habitudes dans un avenir relativement proche. Elle pèse le « pour et le contre ». Le problème est défini, mais il faut passer à l'action !

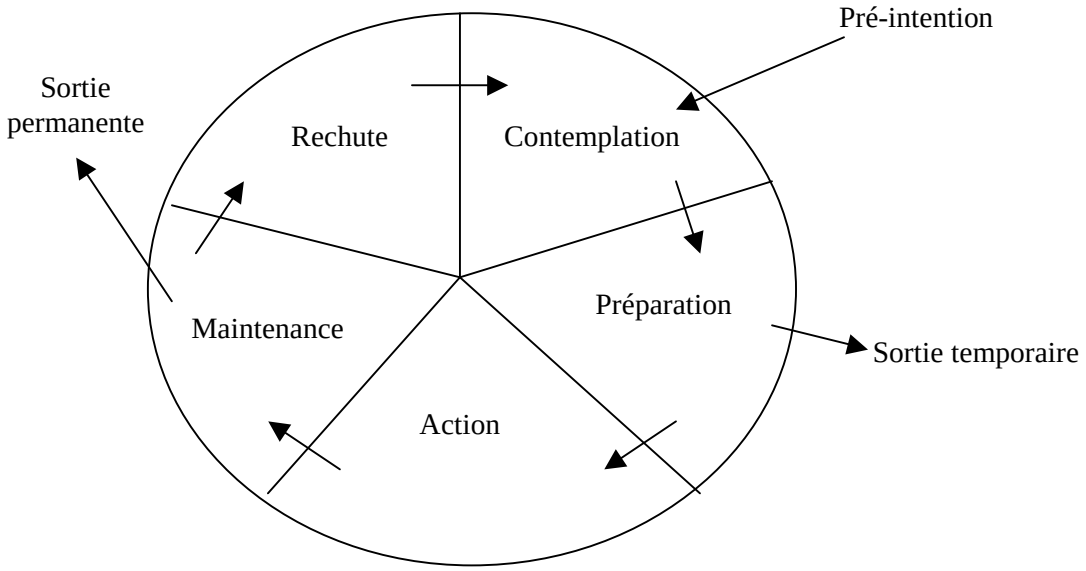
3. **La préparation ou la détermination**. La décision est prise et la personne se prépare au changement. Les modalités pratiques du changement sont définies.

4. **L'action** : période au cours de laquelle la personne modifie effectivement ses habitudes. C'est un moment important qui demande beaucoup d'énergie et d'attention.

5. **Le maintien** : le changement est désormais effectif. Il s'agit alors d'éviter les rechutes et de pérenniser le changement.

6. **La rechute ou la résolution**. La rechute est possible, et elle fait partie du cycle et elle ne doit pas être considérée comme un échec, mais au contraire comme une étape supplémentaire vers la voie du changement qui a déjà été effectif. En cas de résolution, c'est un succès définitif. Le comportement antérieur a disparu, y compris dans des situations de danger comme le stress, la dépression ou la colère. Le risque de rechute est très faible.

Toutes ces étapes du cycle peuvent être parcourues dans des délais très variables, améliorées par la motivation du sujet et du soutien qu'il trouve autour de lui.
Essayer de vous situer par rapport aux changements que vous souhaitez ou que vous ne souhaitez pas entreprendre (tabac, nutrition, activité physique) pour modifier votre mode de vie et envisager de progresser vers la résolution…



ANNEXE 10 : Programme de l'OMS en matière de lutte contre l'alcool(79)

Lancé au début des années quatre-vingts, le projet de l'OMS en matière de repérage et de prise en charge des problèmes d'alcool en médecine de ville comporte quatre phases :

1. **La phase I** du projet a abouti au développement du questionnaire AUDIT.

2. **La phase II** est une étude d'efficacité. Elle résulte d'une collaboration internationale impliquant 10 pays et 1 655 consommateurs à risque. Le principal résultat de cette recherche a mis en évidence que pour les hommes une intervention de cinq minutes permet de réduire leur consommation (en moyenne de 25 % de plus que dans le groupe de contrôle) et d'améliorer leur état de santé par rapport à un groupe témoin sans intervention.

3. **La phase III** du projet de l'OMS a porté sur les conditions nécessaires à la diffusion du RPIB. Dans un premier temps, une enquête postale sur les connaissances, les pratiques et les attitudes des praticiens concernant la prévention et l'intervention précoce en matière d'alcool a été menée. Les difficultés identifiées par les médecins généralistes étaient l'insuffisance de temps et de formation ainsi que le défaut de soutien des autorités gouvernementales. Ensuite, une étude qualitative sur les freins et les facteurs favorisant la diffusion du RPIB a été conduite. Enfin, une étude randomisée a évalué différentes stratégies de mobilisation, de formation et de soutien permettant de promouvoir l'utilisation d'un kit de repérage et d'intervention brève - le « Drink Less Program » - par les médecins. Les résultats ont mis en évidence que le télémarketing était la stratégie de mobilisation présentant le meilleur coût efficacité et que la formation accompagnée d'un soutien téléphonique augmentait les niveaux de mise en pratique.

4. La dernière phase du projet de l'OMS, **phase IV,** vise à promouvoir la diffusion à grande échelle du RPIB en pratique de routine. Chaque pays participant dispose d'une latitude pour décider de la stratégie la plus appropriée à cet effet. Il n'existe pas de protocole préétabli à décliner. Seules de grandes orientations sont données : adapter les outils du RPIB ; favoriser la diffusion de nouvelles représentations sociales en matière d'alcool ; instituer une «organisation locomotive» susceptible de promouvoir le projet dans le pays et nouer des «alliances stratégiques» avec l'ensemble des acteurs permettant d'asseoir la stratégie dans le contexte national ; réaliser des études de faisabilité.

9. BIBLIOGRAPHIE :

1. Ministère de la Santé et des Solidarités. La prise en charge et la prévention des addictions. Plan 2007-2011.

2. REYNAUD M. Usages nocifs de substances psychoactives : Identification des usages à risque, outils de repérage, conduites à tenir [Internet]. [cité 1 juin 2013]. Disponible sur: http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/024000138/index.shtml

3. ARENES J, GUILBERT P, BAUDIER F. Baromètre Santé médecins généralistes 1998/1999. Paris: INPES; 2000 p. 218.

4. SAMUEL R, MICHAUD P. L'approche du problème alcool en médecine générale. Le généraliste face au risque alcool : une étude qualitative. Prat. Médicales Thérapeutiques. 2002;(21):23 à 26.

5. HEATHER N. Effectiveness of brief interventions proved beyond reasonable doubt. Addict. Abingdon Engl. 2002;97(3):293-294.

6. KANER EFS, BEYER F, DICKINSON HO, PIENAAR E, CAMPBELL F, SCHLESINGER C, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database Syst. Rev. Online. 2007;(2):CD004148.

7. KOWO M, COUZIGOU P, VERGNIOL J. Intervention brève en alcoologie. Presse Médicale. 2009;(38):1126 à 1133.

8. BERTHOLET N, SCHWAN R, DUHAMEL O, PERNEY P, DAEPPEN J-B. Efficacité de l'intervention brève. Alcoologie et Addictologie. 2003;25(4):59S-63S.

9. REYNAUD M. Traité d'addictologie. Flammarion. 2006.

10. GOODMAN A. Addiction: definition and implications. Br. J. Addict. 1990;85(11):1403-1408.

11. La loi et les drogues - Drogues info service : information, aide sur drogues alcool… [Internet]. [cité 31 mai 2013]. Disponible sur: http://www.drogues-info-service.fr/?-Loi-test-dossier-

12. FOUQUET P. Réflexions cliniques et thérapeutiques sur l'alcoolisme. Evol. Psychiatr. (Paris). 1951;231-251.

13. INSERM. Alcool : effets sur la santé. 2001.

14. Code de la santé publique - Article L3321-1 | Legifrance [Internet]. [cité 31 mai 2013]. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006687994&cidTexte=LEGITEXT000006072665

15. BRUNDTLAND GH. Reducing risks to health, promoting healthy life. JAMA. 2002;288(16):1974-1974.

16. ROYAL COLLEGE OF PHYSICIAN. Alcohol and the heart in perspective : sensible limits reaffirmed : report of a joint working group. London : Royal College of Psychiatrists : Royal College of General Practitioners; 1995.

17. SCHWAN R, REYNAUD M, RIGAUD A, =Société française d'alcoologie. FRA / com. Validité scientifique et clinique des concepts d'usage à risque et d'usage nocif d'alcool. Mésusages Alcool En Dehors Dépendance Usage À Risque - Usage Nocif Recommandations Société Française Alcoologie. 2003;25(4):13S-21S.

18. OMS. Problèmes liés à la consommation d'alcool. Genêve; 1980 p. 80.

19. ANDERSON P, GUAL A, COLOM J. Alcool et médecine générale - Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. INPES. Paris; 2008.

20. SKINNER HA. Spectrum of drinkers and intervention opportunities. Cmaj Can. Med. Assoc. J. 1990;143(10):1054-1059.

21. MICHAUD P, DEWOST A-V, FOUILLAND P. « Boire moins c'est mieux », comment intégrer le repérage précoce et l'intervention brève auprès des consommateurs à risque dans la pratique des médecins. Presse Médicale. 2006;831 à 839.

22. BECK F, GUIGNARD R, RICHARD J-B, TOVAR M-L, SPILKA S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. Exploitation des données du baromètre santé 2010 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte. Tend. N°76. Saint-Denis; 2011;6.

23. COSTES J-M. Drogues et dépendances, données essentielles [Internet]. Obervatoire Français des drogues et des Toxicomanies; 2005 p. 202. Disponible sur: http://www.editionsladecouverte.fr/catalogue/index-Drogues_et_dependances__donnees_essentielles-9782707145369.html

24. POUSSET M. Drogues : Chiffres clés. 4ème édition. Obervatoire Français des drogues et des Toxicomanies; 2012. 8P.

25. BECK F, GUIGNARD R, RICHARD J-B. Premiers résultats du baromètre santé 2010 : Evolutions récentes du tabagisme en France. INPES. Saint-Denis; 2010;13.

26. GALLOIS P, VALLEE J-P, NOC YL. Les mésusages de l'alcool : repérage et intervention brève en médecine générale. Médecine. 2006;2(7):302-306.

27. OFDT. Stupéfiants et accidents mortels (projet SAM) - Analyse épidémiologique [Internet].[cité 1 juin 2013]. Disponible sur: http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap11/epfxblr4.html

28. INPES. Alcool, Guide pratique pour le médecin. 2006.

29. INPES. Drogues et dépendances, le livre d'information. 2007.

30. BECK F. ; GUILBERT P. ; GAUTIER A. Baromètre Santé 2005 : attitudes et comportements de santé. Saint-Denis: INPES; 2007.

31. COM-RUELLE L, DOURGNON P, JUSOT F, LENGAGNE P, =Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé. Paris. Prévalence et facteurs socio-économiques associés aux problèmes d'alcool en population générale en France. 2008. 99p. Report No.: 978-2-87812-345-6.

32. PERNEY P, RIGOLE H, BLANC F. Alcoolodépendance : diagnostic et traitement. Rev. Med. Interne. 2008;29(4):297-304.

33. MOUQUET M-C, VILLET H. Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné. - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. Direction de la recherche, des études de l'évaluation statistique; 2002 p. 192. Disponible sur: http://www.drees.sante.gouv.fr/les-risques-d-alcoolisation-excessive-chez-les-patients-ayant-recours-aux-soins-un-jour-donne,4848.html

34. MILDT. Alcool et vente [Internet]. [cité 1 juin 2013]. Disponible sur: http://www.drogues.gouv.fr/que-dit-la-loi/ce-que-dit-la-loi-en-matiere-dalcool/alcool-et-vente/

35. MILDT. Alcool et mineurs [Internet]. [cité 1 juin 2013]. Disponible sur: http://www.drogues.gouv.fr/que-dit-la-loi/ce-que-dit-la-loi-en-matiere-dalcool/alcool-et-mineurs/

36. MILDT. Alcool et publicité [Internet]. [cité 1 juin 2013]. Disponible sur: http://www.drogues.gouv.fr/que-dit-la-loi/ce-que-dit-la-loi-en-matiere-dalcool/alcool-et-publicite/

37. MILDT. Ivresse publique [Internet]. [cité 1 juin 2013]. Disponible sur: http://www.drogues.gouv.fr/que-dit-la-loi/ce-que-dit-la-loi-en-matiere-dalcool/ivresse-publique/

38. MILDT. Alcool au volant [Internet]. [cité 1 juin 2013]. Disponible sur: http://www.drogues.gouv.fr/que-dit-la-loi/ce-que-dit-la-loi-en-matiere-dalcool/alcool-au-volant/

39. OFDT. Alcool, Chiffres 2006 PACA [Internet]. [cité 1 juin 2013]. Disponible sur: http://www.ofdt.fr/BDD/iliad/2006_06.xhtml

40. OBSERVATOIRE DE LA MEDECINE GENERALE. Problème avec l'alcool : données [Internet]. 2009 [cité 2 juin 2013]. Disponible sur: http://omg.sfmg.org/content/donnees/donnees.php

41. POUCHAIN D, HUAS D, DRUAIS P-L, WOLF B, PAS L. Implication des médecins généralistes dans la prévention. Rev. Prat. Med. Gen. 1998;(440):31-37.

42. DEMEAUX J-L, Société française d'alcoologie. Mésusage de l'alcool en médecine générale : Repérage systématique, repérage ciblé, diagnostic précoce. Mésusages Alcool En Dehors Dépendance Usage À Risque - Usage Nocif Recommandations Société Française Alcoologie. 2003;25(4):35S-36S.

43. WHITLOCK EP, ORLEANS CT, PENDER N, ALLAN J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. Am. J. Prev. Med. 2002;22(4):267-284.

44. BOUIX J.C, GACHE P, RUEFF B, HUAS D. Parler d'alcool reste un sujet tabou. Connaissances, opinions et attitudes pratiques de médecins généralistes français concernant l'alcool. Rev. Prat. 2002;16(588):1488-1492.

45. PAILLE F, BOUIX J, DESOBRY P. Le suivi du patient alcoolique en médecine générale : une enquête nationale auprès de 2.231 généralistes. Rev. Prat. 1993;(223):41-44.

46. SAMUEL D, MICHAUD P. Le généraliste face au risque Alcool : une étude qualitative. Prat. Médicales Thérapeutiques. 2002;(21):23-26.

47. HUAS D, ALLEMAND H, DEMEAUX JL, PESSIONE F, RUEFF B. Suivi et assiduité à un an des malades de l'alcool en médecine générale. Rev. Prat. Med. Gen. 1996;(352):20-23.

48. MOULA H, CABROT H, RUEFF B. Place du médecin généraliste auprès des « malades de l'alcool ». Premier suivi à cinq ans de 158 patients consultant en médecine générale. Concours Médical. 1997;119(25):1854-1857.

49. MICHAUD P, FOUILLAND P, GREMY I, KLEIN P. Alcool, tabac, drogue : le public fait confiance aux médecins. Résultats d'un sondage téléphonique en population générale. Rev. Prat. 2003;17(611):605-608.

50. MICHAUD P, GACHE P, ARWIDSON P, BATEL P. Intervention brève auprès des buveurs excessif. Rev. Prat. 2003;(604):281.

51. SAUNDERS JB, AASLAND OG, BABOR TF, DE LA FUENTE JR, GRANT M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. Addict. Abingdon Engl. 1993;88(6):791-804.

52. MAYFIELD D, McLEOD G, HALL P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. Am. J. Psychiatry. 1974;131(10):1121-1123.

53. EWING JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. J. Am. Med. Assoc. 1984;252(14):1905-1907.

54. HUAS D, DARNE B, RUEFF B, LOMBRAIL P, LEBLANC B, =Collège des Médecins Généralistes Enseignants de l'Uer 10 Bichat. Paris. FRA. Malades alcooliques et consultations de médecine générale : prévalence et détection, un quart des hommes adultes consultant en médecine générale. Rev. Prat. 1990;(81):45-49.

55. ARFAOUI S, DEWOST A-V, DEMORTIERE G, ABESDRIS J, ABRAMOVICI F, MICHAUD P. Repérage précoce du risque alcool : savoir faire « FACE ». Rev. Prat. Médecine Générale. (641):201-205.

56. MEERKEK GJ, NJOO KH, BONGERS IM, TRIENEKENS P, VAN OERS JA. Comparing the diagnostic accuracy of carbohydrate-deficient transferrin, gamma-Glutamyltransferase, and mean cell volume in a general practice population. Alcohol. Clin. Exp. Res. 1999;23(6):1052-1059.

57. HUAS D, RUEFF B. Alcool et médecine générale. GMsanté. 2010.

58. SILLANAUKEE P. Laboratory markers of alcohol abuse. Alcohol Alcohol. Oxf. Oxfs. 1996;31(6):613-616.

59. SILLANAUKEE P, MASSOT N, JOUSILAHTI P, VARTIAINEN E, SUNDVALL J, OLSSON U, et al. Dose response of laboratory markers to alcohol consumption in a general population. Am. J. Epidemiol. 2000;152(8):747-751.

60. PROCHASKA JO, VELICER WF. The transtheoretical model of health behavior change. Am. J. Heal. Promot. 1997;12(1):38-48.

61. BIEN TH, MILLER WR, TONIGAN JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. Addict. Abingdon Engl. 1993;88(3):315-335.

62. INPES. Ouvrons le dialogue : Alcool, pour faire le point.

63. INPES. Ouvrons le dialogue : Alcool, pour réduir sa consommation.

64. HUAS D, PESSIONE F, BOUIX J-C, DEMEAUX J-L, ALLEMAND H, RUEFF B. Efficacité à un an d'une intervention brève auprès des consommateurs d'alcool à problèmes. Rev. Prat. 2002;16(586):1343-1348.

65. HUAS D, RUEFF B. Le repérage précoce et l'intervention brève sur les consommateurs excessifs d'alcool en médecine générale ont-ils un intérêt ? Exercer. 2010;(90):20-23.

66. ameli.fr - Données géographiques détaillées [Internet]. [cité 6 juin 2013]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/donnees-geographiques/demographie-des-professionnels-de-sante.php

67. INED. Population par sexe [Internet]. [cité 6 juin 2013]. Disponible sur: http://www.ined.fr/fr/pop_chiffres/france/structure_population/population_par_sexe_et_groupe_d_ages/

68. INSEE - Résultats du recensement de la population - 2009 - Alpes-Maritimes [Internet]. [cité 6 juin 2013]. Disponible sur: http://www.recensement.insee.fr/chiffresCles.action?zoneSearchField=&codeZone=06-DEP&idTheme=3&rechercher=Rechercher

69. INSEE - Population - Évolution de l'âge moyen et de l'âge médian de la population jusqu'en 2013 [Internet]. [cité 6 juin 2013]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon02147

70. INSEE - Résultats du recensement de la population - 2009 - selon état matrimonial - Alpes-Maritimes [Internet]. [cité 6 juin 2013]. Disponible sur:

http://www.recensement.insee.fr/tableauxDetailles.action?zoneSearchField=06&codeZone=06-DEP&idTheme=12&idTableauDetaille=53&niveauDetail=1

71. BUCHSBAUM DG, BUCHANAN RG, CENTOR RM, SCHNOLL SH, LAWTON MJ. Screening for alcohol abuse using CAGE scores and likelihood ratios. Ann. Intern. Med. 1991;115(10):774-777.

72. RUEFF B. Les malades de l'alcool. John Libbey Eurotext; 1995.

73. SEPPA K, LEPISTO J, SILLANAUKEE P. Five-shot questionnaire on heavy drinking. Alcohol. Clin. Exp. Res. 1998;22(8):1788-1791.

74. GACHE P, MICHAUD P, LANDRY U, ACCIETO C, ARFAOUI S, WENGER O, et al. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version. Alcohol. Clin. Exp. Res. 2005;29(11):2001-2007.

75. ARVERS P. . LLE BOURHIS B. ; LEYMARIE N. . al. Intérets et limitess des enquêtes de consommation. L'alcool à chiffres ouverts. Seli Arslan. Paris; 1997.

76. INPES-AIS - Identification [Internet]. [cité 7 juin 2013]. Disponible sur: http://www.alcoolinfoservice.fr/alcoometre/definir/identification.php

77. BREUIL-GENIER P. ; GOFFETTE C. La durée des séances des médecins généralistes - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Etudes Résultats [Internet]. 2006 [cité 7 juin 2013];(481). Disponible sur: http://www.drees.sante.gouv.fr/la-duree-des-seances-des-medecins-generalistes,4409.html

78. YARNALL KSH, POLLAK KI, ØSTBYE T, KRAUSE KM, MICHENER JL. Primary care: is there enough time for prevention? Am. J. Public Health. 2003;93(4):635-641.

79. HEATHER N. WHO Phase IV : Collaborative Project on Implementing Country-Wide Early Identification and Brief Intervention Strategies in Primary Health Care. UK; 1998 p. 219.

80. GUERIN S, LAPLANCHE A, DUNANT A, HILL C. Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009. BEH 2013;16-17-18: 163-167.

81. COM-RUELLE L. Évolution de la prévalence des différents profils d'alcoolisation chez les adultes en France de 2002 à 2010. BEH 2013;16-17-18: 185-190.

82. HAS. Conférence de consensus, Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant, 17 mars 1999. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272073/fr/objectifs-indications-et-modalites-du-sevrage-du-patient-alcoolodependant?xtmc=&xtcr=3

10. LISTE DES ABREVIATIONS :

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
ARS : Agence Régionale de Santé
AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test
BMCM : Boire Moins C'est Mieux
CDA : Consommation Déclarée d'Alcool
CDT : Carbohydrate-Deficient-Transferin
CIM 10 : Classification Internationale des Maladies -10ème révision
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DSM IV : Diagnostic and Statistical Manual – 4ème révision
DT : Delirium Tremens
FACE : Formule pour Apprécier la Consommation par Entretien
FMC : Formation Médicale Continue
GGT : Gamma-Glutamyl-Transférase
HAS : Haute Autorité de Santé
HTA : Hyper Tension Artérielle
INED : Institut National d'Etudes Démographiques
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pou la Santé
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur
PACS : Pacte Civil de Solidarité
RPIB : Repérage Précoce Intervention Brève
VGM : Volume Globulaire Moyen

RESUME

Introduction : Le mésusage d'alcool est la deuxième cause évitable de mortalité. Le médecin généraliste doit le rechercher. Dans ce but le RPIB (Repérage Précoce et Intervention Brève) a été développé par l'OMS et adopté en France.
Un rappel historique permet de comprendre la prise de conscience tardive de ce problème ainsi que la difficulté de le définir. L'objectif de ce travail est triple : évaluer le repérage du mésusage par les généralistes, décrire comment font ils font pour repérer les patients buveurs excessifs, et savoir si les médecins ont recours au RPIB.

Méthode : Réalisation d'une étude transversale en médecine libérale dans le bassin cannois. Un questionnaire à 200 patients chez 20 généralistes différents a été réalisé. Nous avons ensuite comparé les résultats des réponses des patients au dossiers médicaux. Puis un entretien semi-dirigé était réalisé auprès des médecins portant sur : leurs connaissances du mésusage d'alcool, leurs points de vue sur la prise en charge et leurs suggestions pour améliorer le repérage et prendre en charge le mésusage.

Résultats : 47 % des patients avaient un risque de mésusage sur au moins un des trois tests. Le risque de mésusage est maximal chez les hommes de moins de 40 ans, célibataires et sans enfant. Dix neuf médecins avaient au moins une fois un repéré la consommation d'alcool et le dossier médical était concordant aux résultats de leurs patients chez quinze d'entre eux. Les entretiens mettent en avant : la difficulté de définition du mésusage d'alcool auprès des patients, le manque de formation récente des praticiens, la sous-estimation de la consommation par les patients, la prudence pour aborder le sujet avec les femmes et le manque de temps pour aborder les thèmes de prévention. Les campagnes nationales de prévention semblent faciliter le repérage. Il y a également une demande d'amélioration qualitative des moyens existants pour la prise en charge. Enfin très peu de médecins avaient entendu parlé du RPIB.

Conclusion : Quelque soit le mode de repérage, celui-ci est réalisé et concordant avec la consommation d'alcool du patient chez une majorité de médecins. La diffusion du RPIB est un message qui est actuellement mal passé. Les test AUDIT et FACE ont obtenu des résultats très similaires. Plus facile à réaliser, le test FACE mériterait d'être validé en médecine générale en France.

Mots-clés : *Mésusage ; Alcool ; Repérage précoce intervention brève ; Médecine générale*

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous l'emprise de la menace je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'Humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.