



**HAL**  
open science

# Les troubles de l'usage de l'alcool en médecine générale : obstacles au repérage et représentations des médecins généralistes de la Somme

Gontran Le Roy

► **To cite this version:**

Gontran Le Roy. Les troubles de l'usage de l'alcool en médecine générale : obstacles au repérage et représentations des médecins généralistes de la Somme. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01908606

**HAL Id: dumas-01908606**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01908606>**

Submitted on 30 Oct 2018

**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.

Année 2017

N° 2017-117

**UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE  
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS**

# Les troubles de l'usage de l'alcool en médecine générale: obstacles au repérage et représentations des médecins généralistes de la Somme

Thèse pour l'obtention du Doctorat de Médecine Générale (Diplôme d'Etat)

Présentée et soutenue publiquement le 4 Octobre 2017 par

**Gontran LE ROY**

Jury présidé par Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Membres du jury : Monsieur le Professeur Henri SEVESTRE

Monsieur le Professeur Olivier GANRY

Monsieur le Docteur Mathurin FUMERY

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Raphael JEANNIN



A mon président du jury,

**Monsieur le Professeur Alain DERVAUX**  
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier  
Psychiatrie Adultes

*Vous me faites l'honneur de présider ce jury,  
vous m'avez apporté votre aide et votre soutien dans ce travail,  
recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.*

A mon juge,

**Monsieur le Professeur Henri SEVESTRE**

Professeur d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques à l'UFR de Médecine d'Amiens

Chef du Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU d'Amiens Picardie

Adjoint au chef de l'Oncopôle

*Vous me faites l'honneur de juger mon travail,*

*soyez assuré de mes sincères remerciements et de ma reconnaissance.*

A mon juge,

**Monsieur le Professeur Olivier GANRY**

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

(Epidémiologie, économie de la santé et Prévention)

Responsable du service d'Epidémiologie, hygiène hospitalière et santé publique

Pôle "Biologie, pharmacie et santé des populations"

*Vous me faites l'honneur de participer à mon jury,*

*recevez à cette occasion mes sincères remerciements et mon respect.*

A mon juge,

**Monsieur le Docteur Mathurin FUMERY**  
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier  
(Hépatogastro-entérologie)

*Tu me fais l'honneur de juger mon travail,  
sois assuré de ma reconnaissance et de ma gratitude.*

A mon directeur de thèse,

**Monsieur le Docteur Raphael JEANNIN**

Praticien hospitalier

(Psychiatrie – Addictologie)

*De la forêt Amazonienne au Sahel malien, des rives du Tigre aux ruines de Persépolis, du Kurdistan au Rajasthan tu m'as accompagné, sur les chemins de la réflexion tu as su me guider.*

*Tu as accepté de me parrainer dans ce travail et je t'en remercie infiniment.*

*Tu as rempli ce rôle à merveille et je t'en remercie infiniment.*

*Tu m'as permis d'en faire un travail de recherche, de discussion et de réflexion, et je t'en remercie infiniment.*

*Cette étude a une réelle puissance, statistiquement significative, celle de l'Amitié.*

*A Marceau, merci pour ta relecture même si je n'ai pas toujours tout compris.*

*A Chloé, merci pour ta patiente, ton soutien et ton Amour au quotidien. Tu es positive et rayonnante. Tu m'as rendu ce travail moins difficile.*

*A mes parents, pour avoir toujours cru en moi et m'avoir fait confiance. Je vous suis à jamais reconnaissant.*

*A Mélanie, merci pour ton soutien et ton aide précieuse.*

*A mes amis : Raphael qui figure avant tout dans ce cadre là, Thibaut (parce qu'he always looks on the brignt side of Life), Fanny (parce qu'elle m'a mis dans sa thèse), ThomaS, Nico, Aurélie, Matthias, Chloé, Fan Font, Burnos, Claire, Faby, Sibille, Orson...Les Lillois.*

*A FuRu, Marie, Lalo, Jeannette, et Kenny pour leur présence pendant ces années d'internat.*

*A Julien : nous avons commencé tout cela ensemble, nous le finissons ensemble.*

*A Antoine pour ses conseils et son soutien.*

*Au Docteur Yves Le Noc, rédacteur en chef de la revue Médecine, pour m'avoir fournit des articles recherchés et décisifs. Merci pour votre soutien et votre implication.*

*A Jonathan Meynier de la Direction de la recherche clinique et de l'innovation du CHU d'Amiens pour l'analyse statistique.*

*Au Professeur Mickael Naasilia, Président de la Société Française d'Alcoologie pour son soutien et l'intérêt porté à ce travail.*

*Aux médecins qui ont répondu à l'enquête.*

*Aux secrétaires de l'Ordre départemental des médecins de la Somme.*

*Aux médecins qui m'ont formé et en particulier à Fouad, Meziane et Hocine, médecins formés en Algérie qui m'ont guidés pendant l'internat et appris la Médecine que j'aime : la médecine clinique proche des patients. Ils méritent toute la reconnaissance qui leur fait parfois défaut dans le système hospitalier français.*

*A la Réunion, à ceux qui la font.*

*Aux patients, sans qui ce travail ne représente rien.*

## Table des matières

<b>INTRODUCTION</b> .....	12
<b>I. LA CONSOMMATION D'ALCOOL</b> .....	12
A. En Europe.....	12
B. En France .....	12
C. En Picardie .....	13
<b>II. LES CONSEQUENCES D'UNE CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL</b> .....	13
A. Des conséquences sanitaires .....	13
B. Des conséquences sociales et professionnelles .....	15
1. L'alcool au travail.....	15
2. Infractions à la Loi .....	15
3. Le coût social de l'alcool .....	15
<b>III. LES MODES DE CONSOMMATION D'ALCOOL</b> .....	15
A. Les définitions de l'Organisation Mondiale de la Santé .....	16
B. Le Trouble de l'usage de l'alcool (TUA).....	16
C. Les définitions de la Société Française d'Alcoologie (SFA) .....	17
1. Non-usage.....	17
2. Usage simple .....	17
3. Mésusage.....	18
<b>IV. L'ALCOOL EN MEDECINE GENERALE</b> .....	18
A. Les outils du repérage .....	18
1. Le repérage clinique des consommations d'alcool.....	19
2. Les marqueurs biologiques.....	19
3. Les questionnaires validés.....	20
B. L'Intervention brève (IB) .....	22
1. En quoi consiste-t-elle ? .....	22
2. Son efficacité.....	23
C. La Réduction des risques et des dommages (RdRD) .....	24
1. Les grands principes de la RdRD.....	24
2. L'application des principes de la RdRD aux usages d'alcool .....	24

3.	La RdRD en médecine générale.....	24
D.	Le rôle du médecin généraliste dans les problématiques liées à l'alcool.....	25
E.	La prévalence des patients présentant un problème en lien avec l'alcool est sous évaluée.....	26
V.	OPINIONS, PERCEPTIONS et REPRESENTATIONS. ....	27
A.	Des français.....	27
B.	Les représentations collectives historiques et culturelles.....	28
1.	L'alcool : une vision positiv(é)e.....	28
2.	L'alcool : le côté obscur .....	29
3.	L'alcool : un point de vue sociologique .....	30
C.	Des médecins généralistes .....	31
1.	Obstacles et difficultés au repérage des consommations d'alcool .....	31
2.	Les effets de la formation.....	32
	<b>MATERIELS ET METHODE</b> .....	33
I.	Questions de recherche .....	33
II.	Objectifs.....	33
III.	Description de l'étude.....	33
A.	Type d'étude.....	33
B.	Période de l'étude .....	33
C.	Population étudiée.....	33
D.	Le questionnaire .....	35
IV.	L'analyse .....	37
V.	Trouble de l'usage de l'alcool. Pourquoi ce choix ?.....	37
	<b>RESULTATS</b> .....	39
A.	Un échantillon représentatif de la population étudiée ? .....	39
B.	La formation en addictologie .....	41
C.	L'utilisation des questionnaires validés pour le repérage des TUA .....	42
D.	La quantité d'alcool consommée est-elle un critère déterminant une intervention ?.....	42
E.	Les éléments amenant les médecins généralistes à rechercher un TUA .....	42
F.	Les facteurs incitant les médecins généralistes à rechercher un TUA .....	43

G.	Le médecin généraliste est-il l'acteur de santé le mieux placé pour repérer les TUA ? ..	44
H.	Les obstacles au repérage des TUA .....	44
I.	Les difficultés ressenties par les répondants à parler d'alcool avec leurs patients .....	46
J.	Les facteurs de gêne identifiés par les répondants dans l'abord des problématiques liées aux consommations d'alcool.....	46
K.	Les éléments favorisant l'abord des problèmes d'alcool en médecine générale .....	47
L.	Parler d'alcool, une intrusion dans la vie privée ? .....	50
M.	Le sentiment des répondants d'éviter la problématique de l'alcool alors qu'un TUA est fortement suspecté.....	51
N.	Le sentiment des médecins généralistes d'avoir tendance à méconnaître ou sous-estimer les difficultés de leurs patients liées à l'usage d'alcool .....	51
O.	La perception du TUA par les médecins généralistes .....	51
P.	La comparaison du patient présentant un TUA avec les autres patients .....	53
	<b>DISCUSSION</b> .....	54
I.	Les forces et les faiblesses de l'étude .....	54
II.	Une prise en charge tardive. Une cible mal définie ? .....	55
III.	Le repérage : une mission difficile, des obstacles bien réels ? .....	58
IV.	Est-il difficile d'aborder avec les patients les problèmes liés aux consommations d'alcool ?	59
V.	Les représentations du patient présentant un TUA par les médecins généralistes exerçant dans la Somme .....	60
VI.	Le médecin remplaçant, le médecin traitant et la relation médecin/malade .....	62
VII.	La formation en addictologie .....	63
	<b>CONCLUSION</b> .....	65
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	66
	<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b> .....	72
	<b>Annexe 1 : Définition des indicateurs de consommation (Baromètre Santé)</b> .....	73
	<b>Annexe 2 : Le TUA du DSM-5</b> .....	73
	<b>Annexe 3 : Test AUDIT</b> .....	74
	<b>Annexe 4 : Le questionnaire</b> .....	74

# **INTRODUCTION**

L'alcool est le troisième facteur de risque de décès prématuré après le tabagisme et l'hypertension artérielle, et devant l'hypercholestérolémie et le surpoids [1]. En 2009, sa consommation était la deuxième cause de mortalité évitable en France, après le tabac [2]. Elle serait responsable de 49 000 décès [2]. Ces données n'incluent pas l'ensemble des conséquences à court, moyen et long terme de l'usage de l'alcool. Au-delà des répercussions sanitaires, faisant de l'alcool en 2015 l'une des toutes premières causes d'hospitalisation [3], son coût social est majeur [4].

Conscients du réel problème de santé publique lié à l'usage d'alcool, les pouvoirs publics s'attellent depuis quelques années à la réduction des risques et des dommages associés à ces consommations. La lutte contre les addictions figure dans les plans cancer jusqu'en 2019 [5] et dans la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) [6]. Les Lois sur la conduite en état d'ivresse se durcissent.

Les médecins généralistes sont les témoins privilégiés de l'ensemble des conséquences de l'alcool puisqu'ils reçoivent annuellement 75% de la population nationale [7].

Les objectifs principaux de la prise en charge du mésusage de l'alcool sont « d'éviter l'évolution vers des complications et de réduire les dommages consécutifs à ce comportement, diminuant ainsi la mortalité due à ces troubles, leur importante morbidité (...) somatique, psychologique ou sociale et d'améliorer la qualité de vie des patients » [8].

## **I. LA CONSOMMATION D'ALCOOL**

### **A. En Europe**

Lors des dernières décennies, on constate au niveau européen une tendance à l'uniformisation des consommations d'alcool. Les consommations moyennes se situaient en 2010 entre 9,5 et 12,7 litres d'alcool pur par habitant pour la plupart des pays [9].

Les pays du sud ont observé une baisse de ces consommations depuis 40 ans, tandis que celles-ci ont suivi une tendance inverse dans les pays du nord de l'Europe [9].

### **B. En France**

Les volumes d'alcool consommés en France ont diminué de 46% depuis les 4 dernières décennies [9]. Cette régression significative de l'usage de l'alcool est à remettre dans son contexte puisque qu'en 1970 un français consommait en moyenne près de 22 litres d'alcool pur au cours de l'année faisant alors de sa nation la plus grande consommatrice européenne. 40 ans plus tard, elle demeure le 4<sup>ème</sup> pays consommateur avec près de 12 litres

d'alcool pur par habitant et par an.

On évalue en France en 2014 le nombre de personnes ayant consommé de l'alcool dans l'année à 42,8 millions. 8,7 millions en ont consommé de façon régulière [9].

En population générale, les données du Baromètre santé 2014 révèlent que parmi les 15-75 ans, près de 9 personnes sur 10 (86 %) déclarent avoir bu de l'alcool au cours des 12 derniers mois : 38 % déclarent avoir bu de l'alcool moins d'une fois par semaine, 39 % au moins une fois par semaine (mais pas quotidiennement) et 10 % quotidiennement [9].

Les consommateurs à risque représentent 39 % de la population générale âgée de 18 à 75 ans (31 % à risque ponctuel et 8 % à risque chronique) [9].

Chez les 17-25 ans, la tendance est à la modification des comportements de consommation, avec une forte hausse des Alcoolisations ponctuelles importantes (API ; voir annexe 1). Près de la moitié des jeunes (48,8 %) disent avoir bu plus de 5 verres en une seule occasion au cours des 30 derniers jours [10].

### C. En Picardie

En 2010, la consommation moyenne des picards de 15 à 75 ans était inférieure à celle observée sur la population nationale suivant les différents indicateurs évalués (voir annexe 1) (sauf pour les Alcoolisations ponctuelles importantes (API) mensuelles qui étaient en augmentation) [11]. Les données régionales corroborent la tendance nationale d'une consommation s'inscrivant moins dans le quotidien et plus dans l'alcoolisation aigue, massive, parfois répétée, touchant plus particulièrement les jeunes adultes.

## II. LES CONSEQUENCES D'UNE CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL

La consommation d'alcool est responsable de dommages sanitaires et sociaux. Elle augmente leur risque de survenue de façon dose-dépendante, sans preuve d'effet de seuil [1].

### A. Des conséquences sanitaires

Les dommages sanitaires sont définis comme l'ensemble des maladies et des traumatismes résultants de la consommation d'alcool [12]. Ils peuvent apparaître lorsque l'usage d'alcool est chronique ou ponctuel. Les risques dépendent des quantités absorbées, des modalités de consommations, de facteurs environnementaux et individuels. L'alcool est en cause dans un ensemble nosologique varié et étendu à tous les organes sans notion d'exclusivité :

En cas de consommation excessive prolongée, le foie peut être le siège de lésions telles que les stéatoses, les hépatites alcooliques et les cirrhoses [13].

Sur le plan oncologique, la consommation d'alcool augmente le risque de développer un cancer de la sphère ORL et de l'œsophage, les cancers du côlon-rectum de l'homme et les cancers du sein de la femme [13]. Cette majoration du risque semble probable pour le carcinome hépato-cellulaire et pour le cancer du côlon-rectum de la femme [13]. Une méta-analyse suggère une augmentation du risque de cancer du sein de la femme de 10% par dose de 10g, et ce dès une consommation quotidienne de 10g [14]. Des données britanniques parues en 2016 annoncent désormais un risque accru de survenue de certains cancers même pour des doses faibles d'alcool consommées [15].

Les lésions et maladies neurologiques pouvant résulter d'un usage chronique (neuropathies périphériques, encéphalopathies, épilepsies, syndromes cérébelleux et troubles cognitifs dont syndrome de Korsakoff) sont également la conséquence du sevrage et de ses répétitions [13]. Une étude nord américaine de 2017 rapportait des atrophies de l'hippocampe pour des consommations même faibles [16].

Il est établi par des études qu'une faible consommation d'alcool est un facteur protecteur vis-à-vis des cardiopathies ischémiques (en particulier le « french paradox » [17]). Mais, il faut rappeler qu'un usage plus important est responsable d'un risque accru d'Accident vasculaire cérébral (AVC) hémorragique, de troubles du rythme cardiaque et d'hypertension artérielle (HTA) [13]. Les produits alcoolisés diminueraient néanmoins le risque d'AVC ischémique [13]. Une consommation importante d'alcool en une seule occasion augmente le risque d'arythmies cardiaques et de décès par arrêt cardiorespiratoire. Il semble que ce soit l'alcool -à faible dose- qui réduise le plus le risque de cardiopathies plutôt qu'un type de boisson particulier [13].

L'usage d'alcool pendant la grossesse est responsable d'une neuro-toxicité sur le fœtus. Les conséquences sont variables et peuvent aller du trouble du comportement de l'enfant, au Syndrome d'alcoolisation fœtal (SAF) [13] défini par une association d'anomalies physiques (retard de croissance, dysmorphie cranio-faciale) à des troubles neurocomportementaux. Selon une étude nationale 40 % des femmes qui consommaient déjà de l'alcool avant la grossesse n'ont pas totalement arrêté de boire à l'annonce du diagnostic [18]. Le SAF concernerait au moins 1% des naissances [19] (1‰ pour les formes graves de SAF complet), soit environ 8000 nouveau-nés par an.

En France en 2009, 49 000 décès sont directement attribuables à l'alcool [2] soit 9,16% de l'ensemble des décès de cette année. Il serait responsable d'un cancer du sein sur 5 de la femme et de près de la moitié des maladies hypertensives de l'homme. Sont attribués à l'alcool 21% des diabètes de type 2 masculins, 30% des cancers colorectaux masculins et 9% des féminins [2].

## **A. Des conséquences sociales et professionnelles**

L'intoxication éthylique aiguë induit une perte de contrôle de la personne alcoolisée sur ses actes. Il peut en résulter des accidents domestiques, des accidents du travail, des accidents de la voie publique, des actes de violence, une maltraitance envers les enfants, des tentatives de suicide, des conduites sexuelles à risque...[20]. Ces comportements n'entraînent pas nécessairement de séquelles [13]. Mais ils peuvent avoir des répercussions judiciaires, professionnelles et sur les relations interpersonnelles et la socialisation en général diminuant ainsi la qualité de vie des patients et entraînant des dommages pour la collectivité [12].

### **1. L'alcool au travail**

En milieu professionnel, les conséquences de la consommation d'alcool sont multiples: accidents du travail, absentéisme par arrêts de travail répétés ou de longue durée, conflits interpersonnels, diminution de la concentration, perte globale de productivité [21].

### **2. Infractions à la Loi**

En 2015, 4 594 accidents corporels impliquaient un conducteur alcoolisé (8% de l'ensemble des accidents) avec pour conséquence 866 décès (+11,2 % par rapport à 2014) [22].

Selon l'étude SAM [23], le risque d'être responsable d'un accident mortel est multiplié par 8,5 chez les conducteurs alcoolisés.

La consommation d'alcool peut également être associée aux violences commises à l'égard des personnes. Les « problèmes d'alcool » sont fréquemment mentionnés chez les auteurs de violences conjugales [24]. Dans l'enquête VAMM [25] 40% des individus ayant participé à une bagarre avaient consommé de l'alcool dans les 2 heures qui la précédaient.

### **3. Le coût social de l'alcool**

En termes de santé, de vies humaines, de sécurité, de productivité, de socialité et de précarité, les conséquences de la consommation problématique d'alcool constituent un lourd tribut à payer pour les citoyens. En 2015 le « coût social » de l'alcool est de 118 milliards d'euros, très proche de celui du tabac [4].

## **III. LES MODES DE CONSOMMATION D'ALCOOL**

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) apporte une catégorisation des différentes façons d'user de l'alcool basées sur une quantification des doses absorbées. Le *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM) s'attache plus particulièrement aux conséquences d'une consommation qui la rendent problématique. La Société française

d'alcoologie (SFA) rappelle les seuils quantitatifs adoptés en France et regroupe dans son thésaurus les notions élaborées par les deux précédentes institutions.

#### A. Les définitions de l'Organisation Mondiale de la Santé

	<b>Définitions [26]</b>
<b>Usage à risque</b>	Niveau et/ou un mode de consommation susceptible d'induire des pathologies si ces habitudes persistent (20 à 40g par jour pour les femmes ; 40 à 60g par jour pour les hommes)
<b>Usage nocif</b>	Mode de consommation dommageable à la santé physique ou mentale (plus de 40g par jour pour les femmes ; plus de 60g par jour pour les hommes)
<b>Consommation épisodique massive</b>	Consommation d'au moins 60g d'alcool au cours d'une seule occasion
<b>Alcoolodépendance</b>	Ensemble de phénomènes physiologiques, comportementaux et cognitifs au cours desquels la consommation d'alcool devient prépondérante et prioritaire sur les autres comportements jusqu'alors prédominants chez un individu donné
<b>Syndrome de dépendance (CIM-10) [27]</b>	Présence simultanée au cours de la dernière année d'au moins trois de ces manifestations : <ul style="list-style-type: none"> <li>- utilisation du produit</li> <li>- son désir puissant ou compulsif</li> <li>- difficultés à en contrôler l'usage</li> <li>- apparition d'un syndrome de sevrage physiologique (Classification internationale des maladies ; CIM-10) à la diminution ou l'arrêt</li> <li>- utilisation de la substance pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.</li> </ul>

#### B. Le Trouble de l'usage de l'alcool (TUA) (annexe 2)

Le DSM-5 a proposé en 2013 la notion d'*Alcohol Use Disorder (AUD)* traduite dans sa version française sortie en juin 2015 par **Trouble de l'Usage de l'Alcool**. Le TUA fusionne les critères d'abus d'une substance et de dépendance à une substance qui existaient de façon distincte dans le DSM-4 [28] (figure 1). C'est cette notion qui nous a intéressés tout au long de ce travail.

L'inclusion des patients au sein d'une notion unique n'exclut pas une stratification horizontale et la répartition en degrés de sévérité : TUA faible (au moins 2 critères présents sur 11), TUA modéré (au moins 4 critères) et TUA sévère (au moins 6 critères).

Les critères qui le définissent sont : l'incapacité à remplir ses obligations familiales ou professionnelles, la mise en danger physique, la persistance de l'usage malgré les problèmes sociaux ou interpersonnels liés à l'alcool, la tolérance, le syndrome de sevrage, le temps passé à consommer ou obtenir la substance, le désir persistant, l'abandon des activités, la poursuite de l'usage malgré les conséquences reconnues et le craving.

La notion de « craving » (envie irrépressible de consommer la substance) est réintroduite en tant que critère du TUA. Les problèmes judiciaires, critère d'abus du DSM-4, en sont exclus (figure 1).

La notion de TUA du DSM-5 exclut une quantification de la consommation d'alcool.

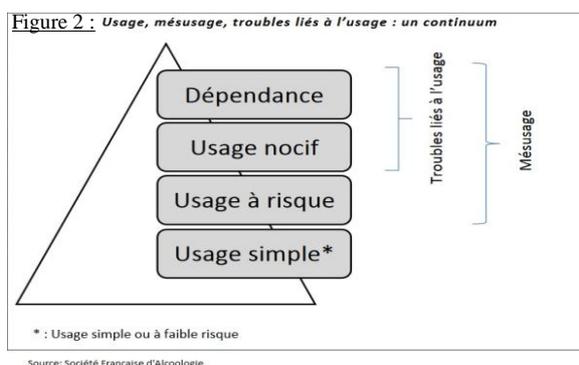
**Figure 1 : Evolution et différences du DSM-4 et DSM-5**

CRITERES	DSM-4 Dépendance	DSM-4 Abus	DSM-5 TUA
Désir persistant	X		X
Perte de contrôle	X		X
Temps passé	X		X
Tolérance	X		X
Syndrome de sevrage	X		X
Poursuite malgré les conséquences physiques et psychologiques	X		X
Incapacité à remplir les obligations majeures		X	X
Situations dangereuses		X	X
Problèmes judiciaires		X	
Utilisation répétée malgré les problèmes sociaux		X	X
Craving			X

### C. Les définitions de la Société Française d'Alcoologie (SFA)

La SFA s'appuie sur les définitions de l'OMS et du DSM pour les étayer et les spécifier aux produits alcoolisés. Elle précise ces modes de consommations (figure 2) [8]:

- le non-usage
- l'usage simple (ou à faible risque)
- le mésusage comprenant :
  - l'usage à risque
  - l'usage nocif
  - l'usage avec dépendance



Le non-usage, l'usage simple et l'usage à risque représentent les formes d'usage asymptomatiques, pour lesquelles il n'existe pas -ou pas encore- de conséquence manifeste de l'usage. Les troubles liés à l'usage de l'alcool (usage nocif et usage avec dépendance) correspondent aux formes symptomatiques de l'usage, se traduisant par des conséquences visibles sur le plan social, psychologique ou médical. Ces modes d'usage s'inscrivent dans un continuum. Les usagers peuvent évoluer de l'un à l'autre [1] [8] (figure 2).

#### 1. Non-usage

Le non-usage, ou abstinence, est défini par l'absence de consommation. Il peut être :

- Primaire (non-usage initial ou choix durable voire définitif).
- Secondaire (après une période de mésusage).

#### 2. Usage simple

L'usage simple, ou usage à faible risque, est défini par une consommation à la fois:

- Asymptomatique.
- Inférieure aux seuils recommandés en France (Encadré 1).

**Encadré 1 : Seuils de risque de morbi-mortalité des consommations d'alcool en verre-standard en France (SFA 2003-2015) [8]**

L'unité de mesure servant à définir les seuils de risque en France sont les verres-standards. Un verre-standard est défini par une quantité d'alcool pur de 10g, correspondant à 10 cl de vin, à 25 cl de bière à 5% vol., ou à 3 cl d'alcool à 40%.

En France, les seuils retenus sont les suivants :

- jamais plus de 4 verres par occasion pour l'usage ponctuel
- pas plus de 21 verres par semaine pour l'usage régulier chez l'homme (3 verres/jour en moyenne)
- pas plus de 14 verres par semaine pour l'usage régulier chez la femme (2 verres/jour en moyenne).

### 3. Mésusage

Le mésusage rassemble les types d'usage qui entraînent des conséquences négatives et ceux qui sont à risque d'en entraîner. Par définition, le mésusage de l'alcool comprend l'usage à risque et les troubles liés à l'usage de l'alcool.

#### a) Usage à risque

- Risque différé et cumulatif (de morbi/mortalité selon les seuils de l'encadré 1).
- Risque immédiat (conduite à risque ou risque individuel par consommation rapide ou associée à d'autres substances psycho-actives, pathologies organiques ou psychiatriques)

#### b) Troubles liés à l'usage de l'alcool

Il est important de différencier deux notions dont la terminologie est proche. Ainsi le Trouble de l'usage de l'alcool (TUA) défini par le DSM-5, est lui même inclus dans les troubles liés à l'usage de l'alcool.

Selon la SFA, ces troubles correspondent à des ensembles nosologiques décrits dans la

<b>Trouble de l'usage de l'alcool (TUA)</b> ≠ <b>Trouble lié à l'usage de l'alcool</b>
--

CIM-10, le DSM-4 et le TUA du DSM-5 [8]. Ainsi, les troubles liés à l'usage de l'alcool sont définis, non par un niveau de consommation spécifique, mais par l'existence de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques, dont la caractéristique essentielle indique que le sujet continue à consommer malgré des problèmes significatifs liés à cette consommation.

## IV. L'ALCOOL EN MEDECINE GENERALE

### A. Les outils du repérage

Ces outils ne sont pas propres à la pratique de la médecine générale puisqu'utilisés par de nombreux professionnels du soin et de l'accompagnement social.

## 1. Le repérage clinique des consommations d'alcool

La sémiologie clinique médicale est avant tout basée sur l'interrogatoire. Celui-ci est primordial dans le repérage des problématiques liées à la consommation d'alcool comme dans toute recherche préventive, diagnostique ou étiologique. L'interrogatoire est certes utile à la quantification de la consommation, mais également à la recherche de l'ensemble des conséquences de l'alcool.

La Consommation déclarée d'alcool (CDA) est la quantification par les patients de leur propre consommation. C'est la façon la plus simple d'aborder avec eux la consommation d'alcool, en récoltant 2 données de fréquence et de quantité. Il s'agit d'évaluer le nombre de «verres standards» (ou unités internationales d'alcool) consommés par jour, selon une approche standardisée basée sur les seuils de risque déterminés (encadré 1).

En termes de signes cliniques physiques ou fonctionnels, la consommation d'alcool intervient avec une grande variabilité individuelle et souvent au terme d'un usage responsable de pathologies déjà établies, conséquences d'alcoolisations répétées.

Dans le repérage clinique du TUA, il apparaît que le praticien ne doit pas se focaliser sur les signes pouvant évoquer l'alcoolodépendance ou les complications d'une consommation. La SFA rappelle que « plus le repérage se veut précoce, moins le tableau clinique peut être évocateur. Il convient d'envisager la possibilité d'un mésusage devant :

- 1) des problèmes de santé physique et/ou psychique peu spécifiques (plaintes fonctionnelles banales et polymorphes, fatigue, nervosité, irritabilité, troubles du sommeil). Ils sont évocateurs par leur juxtaposition et induisent un recours plus fréquent aux médecins
- 2) la concomitance de ces problèmes de santé avec des difficultés personnelles et/ou relationnelles d'ordre familial, conjugal et/ou socioprofessionnel
- 3) la répétition de ces problèmes
- 4) l'imputation aux autres des difficultés rencontrées » [29]

## 2. Les marqueurs biologiques

La biologie sanguine utilisée en pratique courante en médecine générale, fournit au praticien différents marqueurs d'une consommation excessive de produits alcoolisés.

### a) Le volume globulaire moyen (VGM)

La macrocytose isolée des hématies, caractérisée par une augmentation du VGM est un signe aspécifique de la consommation d'alcool [30]. Le VGM est d'une utilité limitée en tant qu'outil de dépistage à cause de sa faible sensibilité évaluée à moins de 50% [1]. Utilisé dans un but de repérage en médecine générale, le VGM détecte moins de 20% des buveurs excessifs [31]. Sa réalisation fréquente en routine en fait néanmoins une bonne occasion de dépistage systématique [1].

### **b) La gamma-glutamyl transpeptidase sérique (VGT)**

Les VGT réagissent à des niveaux de consommations régulières même faibles [32] mais leurs anormalités vis-à-vis des seuils de laboratoire ne se retrouvent la plupart du temps que lors d'une consommation excessive prolongée [1]. La faible sensibilité des VGT en fait un outil de dépistage médiocre. Seulement 30 à 50% des buveurs excessifs en médecine de ville ont un taux élevé [31] [32].

Les VGT sont également bien connus des patients. Ils peuvent alors constituer un outil de prise en charge en tant que *feedback* motivationnel et d'évaluation du soin suffisamment ostensible pour le patient.

### **c) La Carbohydrate déficient transferrin (CDT)**

La CDT est le seul des marqueurs courant cités ici utilisé uniquement dans une recherche de consommation d'alcool. Son taux sérique augmente chez les patients consommant 50 à 80 g d'alcool par jour pendant au moins une semaine [33].

Elle présente une bonne spécificité permettant un faible nombre de faux positifs mais sa sensibilité reste faible [1]. La CDT est plus efficace pour le repérage des buveurs excessifs chroniques que pour le repérage des buveurs dont la consommation est à risque ou simplement élevée [32].

Les médecins généralistes reconnaissent s'appuyer sur ces marqueurs afin de dépister les problématiques liées à la consommation d'alcool [1] [34]. Leur normalité peut à tort rassurer le praticien dans son repérage et conduire à ignorer un TUA. Leurs faibles sensibilités ne permettent de repérer qu'un faible pourcentage des patients ayant une consommation d'alcool à risque ou nocive [1]. Ils sont donc inutiles au repérage en particulier pour les sujets non alcoolo-dépendants, cible d'un repérage précoce.

Néanmoins, ces analyses sont souvent effectuées en routine en médecine générale, dans le cadre de bilans sanguins systématiques. Un taux anormal devrait faire évoquer au médecin la possibilité d'une alcoolisation problématique ou à risque [1].

## **3. Les questionnaires validés**

Nous évoquerons les 4 tests les plus couramment utilisés en pratique clinique conformément aux diverses recommandations : les tests Audit, Audit-C, Face et Cage/Deta. Citons par ailleurs le questionnaire FAST [1] et le Mast abrégé [35]. L'échelle *Alcohol Quality of Life Scale (AQoLS)* [36] est un nouveau questionnaire de 34 items mesurant la qualité de vie liée à la santé, élaboré pour repérer les patients qui présentent un TUA selon les critères du DSM-5. Il est en cours de diffusion et n'a pas encore fait preuve de son efficacité.

### a) AUDIT (annexe 3)

Le test AUDIT (*Alcohol use disorders identification test*) développé par l'OMS il y a plus de 20 ans [37], comporte 10 items explorant les 12 derniers mois de la vie du patient. Cet auto-questionnaire permet de repérer les consommations d'alcool dangereuses et problématiques spécifiquement en médecine générale. Une revue de littérature lilloise de 2015 faisait de l'AUDIT la référence actuelle devant les tests suivants, avec l'avantage de dépister tous les modes de consommation [38].

### b) AUDIT-C

L'AUDIT-C [39] est une version abrégée de l'AUDIT dont il reprend les 3 premières questions. Un score  $\geq 3$  chez la femme et  $\geq 4$  chez l'homme doit faire évoquer un mésusage de l'alcool et conduire à la réalisation du test AUDIT. Un score  $\geq 10$  doit faire évoquer une dépendance à l'alcool [40]. Il est le test validé recommandé par la SFA en soins primaires [8]. Le *Primary Health Care European Project on Alcohol* (PHEPA) [1], dans sa méta-analyse des sensibilités et spécificités des différents tests, considère l'AUDIT-C comme l'outil de référence, par sa rapidité de réalisation et son adaptation spécifique à la médecine générale.

### c) FACE

Le FACE (Formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien) est le questionnaire recommandé par la Haute autorité de santé (HAS) [41]. 5 questions permettent de classer les hommes ou femmes selon un risque faible ou nul, une consommation excessive probable ou une dépendance probable. Il est à remplir lors d'une relation en face-à-face [42].

**Questionnaire FACE (Formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien)**

**1. À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?**  
Jamais = 0 ; Une fois par mois ou moins = 1 ; Deux à 4 fois par mois = 2 ; Deux à 3 fois par semaine = 3 ; Quatre fois par semaine ou plus = 4 ; **Score :**

**2. Combien de verres standard buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ?**  
1 ou 2 = 0 ; 3 ou 4 = 1 ; 5 ou 6 = 2 ; 7 à 9 = 3 ; 10 ou plus = 4 ; **Score :**

**3. Est-ce que votre entourage vous a fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?**  
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**

**4. Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?**  
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**

**5. Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?**  
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**

**Interprétation du score total ; hommes (H) / femmes (F)**  
Risque faible ou nul : H moins de 5 ; F moins de 4 : **renforcement des conduites favorables à la santé**  
Consommation excessive probable : H 5 à 8 ; F : 4 à 8 : **intervention brève**  
Dépendance probable : H et F plus de 8 : **proposer une consultation d'addictologie**



Source et Infographie : HAS

### d) CAGE ou DETA

Le DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool) [43] est la traduction française du CAGE. Ce questionnaire d'auto-évaluation permet en 4 questions simples de repérer une consommation d'alcool problématique sur les 12 derniers mois. Deux réponses positives, font suspecter un problème lié à l'alcool. Trois ou plus doivent amener le patient à demander de l'aide. Le Cage/Deta avait une sensibilité de 84 % et une spécificité de 95 % en tant qu'outil de dépistage pour la consommation à risque ou nocive d'alcool en médecine générale [44].

Le praticien dispose de questionnaires validés pour le repérage des problématiques liées à l'alcool. Leur fiabilité a été plusieurs fois démontrée [1]. Mais il semble qu'en pratique leur utilisation n'inspire pas les médecins généralistes. En 2009 ils étaient près de 13% à les utiliser soit un peu plus de 10 points de plus qu'en 2003 [45]. En Picardie, ils concernaient 12,9% des médecins interrogés en 2011[34].

## **B. L'Intervention brève (IB)**

Si ce travail s'intéresse essentiellement au repérage et non à ce qu'il peut en émaner à savoir la thérapeutique, le sevrage, l'orientation spécialiste ou en structure de soins, il sera néanmoins développé ici la notion d'intervention brève puisqu'intimement liée à celle de repérage précoce.

### **1. En quoi consiste-t-elle ?**

Son qualificatif en fait avant tout une action courte dans le temps mais il n'existe pas de manière définitivement standardisée de délivrer une IB.

Heather [46] développa la notion d'IB en précisant celles qui sont opportunistes c'est-à-dire celles qui sont réalisées par des professionnels de santé non spécialistes et qui s'adressent à des personnes qui ne demandent pas d'aide pour un mésusage de l'alcool.

Le concept de Repérage précoce et intervention brève (RPIB) s'élabore dans une démarche de repérage engagée par le praticien suivie d'une intervention ciblée sur « le problème alcool ». L'IB dure entre 5 et 20 minutes et peut se délivrer en une séance unique ou être répétée. Distinguons deux niveaux d'intensité des IB :

- le conseil simple (ou conseil minimal) : intervention très brève (moins de 5 minutes) consistant à donner au patient un conseil simple et structuré.
- l'aide brève de conseils et d'aide : IB de 20 à 30 minutes, plus intensives impliquant souvent plusieurs sessions successives [1].

Pour le PHEPA dans ses « recommandations pour le RPIB en Médecine générale »[1], une IB chez le patient présentant une consommation à risque peut inclure ces éléments:

- 1) restitution des résultats du test de repérage en indiquant au patient que la consommation correspond à la catégorie "consommation à risque"
- 2) information sur les risques qu'il encourt s'il continue à consommer de cette manière
- 3) faire choisir un objectif de changement de comportement
- 4) conseiller sur les limites à ne pas dépasser selon les critères OMS (encadré 1)
- 5) encourager en expliquant que l'objectif est de retrouver un usage social de l'alcool

Dans ce cadre, les IB devraient être proposées aux personnes qui obtiennent au questionnaire AUDIT un score entre 7 et 12 pour les hommes ou entre 6 et 12 pour les femmes [1]. Elles ne sont pas adaptées aux sujets dépendants au produit.

## 2. Son efficacité

La revue de littérature Mesa Grande [47] a classé l'IB en 1<sup>ère</sup> position en terme d'efficacité du traitement des conduites d'alcoolisation à risque et à problème sur 48 modalités de traitement et a fortiori devant les thérapeutiques médicamenteuses.

De nombreuses méta-analyses et/ou revues systématiques ont conclu à l'efficacité des IB menées en cabinet de médecine générale dans la réduction de la consommation des buveurs ayant une conduite d'alcoolisation à risque ou nocive [1] [48] [49] [50]

Une étude [51] a montré qu'une IB de moins de 4 sessions, pouvait engager une réduction significative des niveaux de consommation et de « l'ensemble des résultats liés à l'alcool » de 10 à 20% dans les 12 mois qui la suivent. Ce qui est particulièrement pertinent dans cette étude est que ces résultats concernaient des patients non demandeurs de soins.

Les IB sont efficaces en médecine générale dans la réduction des complications liées à l'alcool [52]. Elles pourraient prévenir 1 décès sur 3 chez les consommateurs à risque [53].

Il a été estimé qu'une IB menée par un médecin auprès de 25% de sa patientèle épargnerait 91 années de pathologies et de décès prématurés pour une population de 100 000 personnes, soit 9 % des maladies et mortalités prématurées causées par l'alcool en Europe [1].

A ce jour, aucune étude n'a montré que les IB sont mal perçues par les patients ou engendrent chez eux des effets indésirables tels que la gêne ou le mécontentement [1].

L'IB apparaît donc particulièrement pertinente chez de nombreux patients ayant une consommation d'alcool nocive sans dépendance et par extension à ceux qui présentent un TUA. Ces patients ne sont pas nécessairement demandeurs de soins au titre de la prévention des risques. La SFA rappelle qu'« il faut concevoir l'IB dans une démarche de santé publique, c'est-à-dire toucher le plus grand nombre de patient lorsque leur problème d'alcool n'est pas encore trop prégnant en utilisant des moyens restreints et facilement multipliables » [8].

Malgré son efficacité démontrée, les médecins généralistes ne sont pas ou peu formés à l'IB. En 2015, 86,2 % des médecins généralistes picards interrogés dans le travail de thèse de Raja [34] estimaient que leur profession avait besoin de formation au RPIB. Dans cette étude, les obstacles rapportés par les médecins dans le dépistage des problèmes liés à l'alcool semblaient être liés à la méconnaissance de la technique du RPIB.

## C. La Réduction des risques et des dommages (RdRD)

### 1. Les grands principes de la RdRD

Le concept de RdRD est né de la toxicomanie et des risques infectieux dévastateurs lors des « années SIDA » il y a 30 ans. Développé en addictologie, il se donne pour objectif de limiter les risques sanitaires, les risques sociaux et la mortalité résultants de la consommation d'une substance psycho-active. Son principe est basé sur l'absence d'exigence et l'inconditionnalité de l'accompagnement, le droit du libre choix et la valorisation du savoir des usagers [54].

Ainsi, la RdRD concerne les programmes, les Lois et les pratiques qui visent à réduire les conséquences néfastes tant au niveau de la santé qu'au niveau socio-économique sans faire un préalable l'arrêt de la consommation. En effet la proposition réduite à l'objectif d'abstinence est souvent refusée par les usagers et les échecs des sevrages découragent les patients qui s'éloignent du système de soins [54]. En valorisant la responsabilité individuelle et collective des consommations, et en se fondant sur la promotion de la santé et l'éducation à la santé, le concept de RdRD dessine un changement de paradigme.

Ce principe est destiné pour beaucoup d'usagers à rompre leur isolement, leur sentiment d'abandon et de développer leur capacité d'agir. Cette approche permet la création d'une alliance entre les consommateurs et les intervenants. La capacité de la politique de la RdRD à aller vers l'utilisateur constitue une condition préalable de succès. Sa démarche s'entreprind dans l'initiative d'aller à la rencontre des consommateurs sans demande de soin.

### 2. L'application des principes de la RdRD aux usages d'alcool

Les usagers d'alcool ont été jusqu'ici pris en considération que si ils étaient dans une perspective de sevrage [54]. Si la RdRD n'exclut pas l'abstinence comme objectif, elle la relativise dans les propositions offertes aux patients. Elle envisage la consommation d'alcool comme un choix contrôlé dans ses quantités consommées et dans les risques pris, en faisant du buveur un consommateur éclairé, orienté, soutenu et décideur.

Pour l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA), la prévention des risques et la réduction des dommages peuvent être un objectif en soi ou une étape de la prise en charge [55]. Il s'agit alors d'ouvrir un espace au dialogue [55].

### 3. La RdRD en médecine générale

Pour que les outils de la RdRD soient accessibles, il est nécessaire que les acteurs de premier recours que sont les médecins généralistes soient identifiés comme des partenaires de la RdRD [54]. Mais le médecin généraliste ne constitue pas le seul le vecteur de la RdRD.

Celle-ci est d'ailleurs issue du constat que les problématiques d'addiction sont trop souvent médicalisées (et criminalisées pour les drogues illicites) [54]. Il s'agit donc d'envisager la RdRD comme une démarche pluri-disciplinaire incluant les acteurs de l'Education, le cadre législatif et judiciaire, les travailleurs sociaux et les acteurs de santé (Infirmiers, aides soignants, urgentistes, généralistes...). L'utilisateur est alors l'acteur principal de cette démarche.

En 2016, les recommandations de la Fédération française d'addictologie (FFA) visaient à renforcer les capacités des médecins généralistes à agir dans une démarche de RdRD en proposant de favoriser l'articulation avec le secteur spécialisé et de mettre en place une consultation dédiée à la RdRD accompagnée d'une rémunération spécifique [54].

#### **D. Le rôle du médecin généraliste dans les problématiques liées à l'alcool**

Ses connaissances médicales sur les pathologies résultant d'une consommation excessive d'alcool, mais aussi ses capacités d'écoute, de soutien psychologique, d'orientation, de prévention et d'aide à la réduction des consommations, au sevrage et maintien de l'abstinence, font du médecin généraliste un interlocuteur de choix dans ce domaine.

D'ailleurs, il le reconnaît bien volontiers et accepte d'endosser ce rôle. En 2009, dans le dernier Baromètre Santé des médecins généralistes, 98 % d'entre eux déclaraient que la prévention de la consommation d'alcool fait partie de leur rôle (dont 75% tout à fait) [45].

Les organismes de santé encouragent les généralistes dans la prévention, le repérage et le suivi thérapeutique des patients qui présentent une consommation problématique d'alcool (L'INPES [45] ; la MILDECA [56]). Selon le PHEPA [1] c'est à eux « de saisir l'opportunité des consultations pour repérer les patients adultes ayant une consommation dangereuse et problématique d'alcool. De plus, comme les soins de santé primaires impliquent le traitement de nombreux et fréquents troubles physiques et mentaux qui trouvent leur origine dans la consommation d'alcool, ce problème doit être traité et pris en charge ». Ce rôle est également inscrit dans un cadre législatif relatif à l'Assurance maladie [57].

Si les organisations de santé confient aux médecins généralistes français la mission de prévention des problématiques liées à l'alcool et que ceux-ci l'acceptent, cet accord entre en résonance chez les patients dont les attentes en matière de prévention sont importantes :

Un travail de thèse mené en 2009 a sondé 199 patients alcoolo-dépendants avant et après sevrage [58]. 85% d'entre eux déclaraient avant le sevrage qu'il était du rôle du médecin généraliste de questionner la problématique de l'alcool. Les patients évoquaient deux attentes fortes en situation de crise : l'écoute et la disponibilité. Mais ils reconnaissaient au médecin un important manque d'implication et un manque de formation spécifique. Les

difficultés des médecins pour aborder le sujet « alcool » étaient souvent évoquées par les patients. L'auteur rappelait qu'il n'a pas rencontré lui même de réticence ni de refus des patients lors de leur audition et que cette crainte du refus d'en parler ne semblait pas justifiée. Selon lui, ces difficultés étaient « liées plus au déni attendu (refus d'en parler et minimisation) qu'à un problème de compétence ou d'organisation ». Mais cette étude ne concernait pas tous les patients non dépendants souffrant néanmoins des conséquences de l'alcool.

Une enquête réalisée sur la population générale en 2002 dans le cadre du programme « boire moins c'est mieux » a révélé qu'« en matière d'alcool le public fait confiance au médecin » [59]. 88% des 1 608 interrogés considéraient que leur médecin généraliste était dans son rôle s'il abordait avec eux les questions liées à l'alcool. Ils le trouvaient bien informé dans ce domaine et le reconnaissaient comme le meilleur interlocuteur (21%) pour aider une personne en difficulté avec l'alcool devant les médecins spécialistes (14%) et après les centres spécialisés (45%) (mais seulement 41 % déclaraient connaître une structure spécialisée pour les problèmes d'alcool). 79% des répondants, jugeaient « facile » de parler d'alcool avec leur médecin, et 19 % « difficile ». Pourtant seulement 12 % des patients indiquaient avoir reçu au cours de leur vie une recommandation de leur médecin concernant leur consommation [59].

#### **E. La prévalence des patients présentant un problème en lien avec l'alcool est sous évaluée**

Les dernières données de la Société française de médecine générale (SFMG) via l'Observatoire de la médecine générale (OMG), révèlent que le motif « problème avec l'alcool » constituait en 2009 environ 1,4% de l'ensemble des consultations [60]. Les problématiques liées à l'alcool font donc rarement partie d'une demande de soins. En tout cas pas de façon directe. Néanmoins leurs conséquences, nombreuses et variées, sont responsables d'un nombre important de consultations.

Dans l'enquête sur la Santé mentale en population générale (SMPG) réalisée sur un échantillon de 36 000 personnes, le diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool concernait 4,3% de la population française âgée de 18 ans et plus (7,3% des hommes et 1,5% des femmes) [61].

On estime que 29,5 % des hommes et 11,1 % des femmes qui consultent un médecin généraliste seraient des buveurs excessifs avec un risque ou une maladie liés à l'alcool [7] soit en moyenne 18% environ des patients de plus de 18 ans d'un cabinet de médecin généraliste.

Une autre étude [62] réalisée chez 50 372 patients par 1 844 médecins libéraux sur un jour donné confortait cette prévalence d'environ 18% de consultants en médecine générale qui présentent un « problème avec l'alcool ».

L'étude américaine NEISARC III [63] publiée en 2015 portant sur le diagnostic de TUA, a évalué sa prévalence chez les adultes de plus de 18 ans à 13,9% dans les 12 derniers mois et à 29,1% sur la vie entière. Parmi ceux qui présentaient ou auraient déjà présenté un TUA, seulement 19,8% avait été pris en charge.

Parue en 2006 et réalisée en 1999 sur un échantillon de 2 300 médecins généralistes volontaires, l'étude de Gallois et Emeriaud [64] a montré que la prévalence des consommations à risque reste méconnue des praticiens. Seulement 22 % d'entre eux situaient cette prévalence au-dessus de 15 %, les autres la considérant inférieure (50 % l'estimaient entre 1 et 5 % ; 28 % entre 5 et 15 %). Ces patients ne sont majoritairement pas alcoolo-dépendants et c'est peut être une des causes d'une telle sous-estimation.

Ainsi l'écart entre le sentiment des médecins et la réalité établie à partir de ces enquêtes qui situent le chiffre autour de 20 % est net. Il l'est d'autant plus que la prévalence serait plus importante chez les patients consultant en médecine générale que parmi la population générale [64]. De plus ces consultants constituent une grande partie de la population générale [7].

Un rapport du CFES (actuel INPES) révélait que « pour certains patients, l'alcoolisation paraîtra au médecin traitant non seulement improbable, mais même impensable » [65]. Ce rapport estimait que moins de la moitié des patients en difficulté avec l'alcool sont identifiés en tant que tels par leurs médecins généralistes.

Une enquête [66] réalisée par l'Observatoire régional de santé (ORS) en Ile-de-France en 2002 auprès de 1756 patients de médecins généralistes a objectivé qu'une partie non négligeable d'entre eux ayant très probablement un problème actuel avec l'alcool n'ont pas été diagnostiqués comme tels. Parmi les patients ayant un usage actuel à risque et ayant eu au cours de leur vie un problème de dépendance à l'alcool, près de 60 % des hommes et 30 % des femmes ont échappé à ce diagnostic.

L'importance et l'impact du problème alcool sont donc nettement sous-estimés par les médecins généralistes eux même. Il semble qu'ils se heurtent à des difficultés responsables d'une sous-évaluation considérable de cette problématique en lien avec les représentations établies du produit, de son usage, du malade de l'alcool, de la dépendance ...

## **V. OPINIONS, PERCEPTIONS et REPRESENTATIONS.**

### **A. Des français**

L'EROPP (Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes) réalisée sous l'égide de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (ODFT) a pour but d'analyser les représentations des français sur les drogues.

L'étude de la représentation de la dangerosité de la substance a révélé fin 2012 que 74% des français estimaient que l'alcool n'est dangereux qu'au stade de l'usage quotidien [67]. Son seuil estimé de dangerosité est équivalent pour les deux sexes mais varie selon l'âge. Les plus âgées estimaient qu'il faut une quantité quotidienne d'alcool plus importante pour mettre en péril sa santé (3,8 verres chez les 65-75 ans, versus 3,0 verres chez les 25-34 ans, c'est-à-dire au-delà des seuils français de 3 verres/jour pour les hommes et 2 verres/jour pour les femmes ; voir encadré 1 page 18). Par ailleurs, 9 français sur 10 estimaient que les personnes qui «boivent beaucoup d'alcool» peuvent être « un danger pour leur entourage ». La proportion de français qui considérait qu'ils souffrent d'une maladie diminuait (de 36 % en 2008 à 24 % en 2012). Un français sur 2 pensait toujours que l'usage d'alcool s'explique par des problèmes familiaux. Néanmoins, et en augmentation par rapport à 2008, les français semblaient refuser d'affranchir les buveurs de leur « part de responsabilité » [67].

L'alcool est perçu par la population française comme nettement moins dangereux que les autres substances psycho-actives en particulier lors d'un usage occasionnel [67]. Si l'on peut comprendre cette différence de perception pour les drogues illicites, on observe cependant un écart significatif avec celle du tabac. Peut être l'alcool bénéficie-t-il d'une position sociale privilégiée pouvant expliquer une telle perception de sa dangerosité ?

## **B. Les représentations collectives historiques et culturelles.**

L'Histoire sociologique et culturelle a forgé les représentations (positives et négatives) de l'alcool et de ses consommateurs à travers des textes religieux, médicaux, littéraires, juridiques, télévisuels et cinématographiques. Historiquement la consommation d'alcool s'inscrit dans une variabilité topographique régionale, française et internationale même si ces pratiques et les représentations qui les accompagnent tendent à s'uniformiser [9].

### **1. L'alcool : une vision positiv(é)e**

Les produits alcoolisés ont, depuis plusieurs siècles, véhiculés une image bénéfique de leur consommation sur la Santé. Arnaud de Villeneuve, médecin alchimiste du XIIIe siècle, rédigea le premier traité sur l'alcool et dans sa recherche d'élixir de vie éternelle, il définit l'eau de Vie par distillation d'alcool. Plus tard, on attribue à Pasteur la formule : «le vin de France aliment, c'est-à-dire le vin naturel [...] peut être, à bon droit, considéré comme la plus saine, la plus hygiénique des boissons ». Cette locution reprise pas les industriels viticoles entre autres, s'est vu amputée dans sa célébrité des recommandations de Pasteur qui rappelait que « les propriétés hygiéniques du vin sont détériorées par une augmentation de son élément alcoolique » [68]. L'alcool médicament, est culturellement admis. Il réchauffe en hiver, rafraichit en été. Il rend plus fort. Trinquier « à sa santé » est l'imaginaire collectif d'une

confusion parfois renforcée par le corps médical dans un présent pas si lointain. Ainsi les années 90 voient apparaître le terme de « french paradox » [17], théorie selon laquelle les français mourraient moins de maladies cardiovasculaires grâce à l'effet protecteur d'un mode de vie alimentaire dont l'alcool et particulièrement le vin fait partie intégrante. Cette vision toujours très discutée, a probablement un effet très confusiogène, non seulement chez les patients, mais également chez les médecins dans leur façon d'appréhender la consommation d'alcool voir de légitimer une certaine forme de consommation culturellement bien ancrée.

Par ailleurs, l'alcool est un marqueur fort du lien social et un symbole de fête : « le vin d'honneur », « verre de l'amitié », « il est des nôtres, il a bu son verre comme les autres ». La gastronomie française fait de l'alcool un marqueur culturel unissant les Hommes au sein des groupes sociaux. L'alcool alimente toujours un bon repas, qu'on conclut en rappelant ses vertus thérapeutiques de « digestif ». L'« alcoolisme mondain » est alors toléré puisqu'il honore le lien social entre sujets qui ne « boivent pas » mais « dégustent et apprécient les bonnes choses ». Son pendant populaire de « bon vivant » obtiendra également la légitimité d'une consommation qu'on reconnaît néanmoins problématique.

L'ambivalence vis-à-vis de l'alcool se dessine à travers des symboliques religieuses anciennes. Elles ont une valeur positive pour les Chrétiens où le vin est le sang du Christ, symbole de la Vie, et négative chez les Musulmans représentant un interdit.

## **2. L'alcool : le côté obscur**

A l'opposé, la consommation pathologique est véhiculée de manière très négative à travers les stéréotypes d'ivrogne et de clochard. La Gervaise de Zola et son assommoir à l'époque du vice et du fléau social que pouvait représenter l'alcool en est l'archétype. Plus récemment au siècle de la reconnaissance de la maladie alcoolique, l'ivrogne de Brel poursuit cette représentation. Les images qui représentent l'alcoolique sont bien plus moralisées que médicalisées, comme si l'ivresse et l'ivrognerie étaient plus parlantes pour le grand public que la « maladie alcoolique », ou même l'alcoolisme « mondain ».

Tout cela montre la richesse et la complexité des représentations sociales vis-à-vis de l'alcool, de sa consommation et des usagers. Fouquet et Borde [69] résumaient l'histoire de l'alcool ainsi : « Symbolique sang de Dieu ou venin de Satan, subtil, menteur, trompeur, il est celui qui libère et celui qui asservit, celui qui fait le riche et le pauvre, tour à tour miel et fiel, pourvoyeur de joies, de peines, de génies et de folies.»

L'alcool et sa consommation ne proposeraient-ils que deux choix ? Celui d'une vie sociale rompue, dans la pauvreté et la maladie que représente l'ivrogne, ou celui d'une consommation valorisante ? Dans cette dichotomie, la Société exclut les représentations de la

progressivité des risques et des consommations nocives : il n'y a pas de transition entre une consommation positive, admise et valorisée socialement, et l'alcoolisme de l'ivrogne, paria de la Société. Selon Emeriaud et Gallois « Toute la longue phase des consommations à risque et de l'abus d'alcool est un trou noir sociologique » [70]. Il n'existe que peu de nuance dans ces représentations de la consommation d'alcool. Elle n'est alors soit que bonne, soit que mauvaise et alors très mauvaise. Ce clivage franc ignore le continuum existant entre ces deux visions opposées, ne laissant à ceux qui ne correspondent à aucune des deux représentations, que le choix du bon et du mauvais, de l'alcoolique et du non-alcoolique. Le passage du « côté obscur » s'effectue par le franchissement de limites, elles aussi sociologiquement construites.

### 3. L'alcool : un point de vue sociologique

Gaussot apporte des éléments sociologiques sur l'ambivalence de l'alcool à travers son étude « Les représentations de l'alcoolisme et la construction sociale du «bien boire» » [71].

Il dégage trois approches profanes de l'alcoolisme correspondant à trois risques : médical, symbolique et social.

1) L'approche médico-psychologique regroupe les thèmes faisant de l'alcoolisme une maladie dont l'étiologie est évoquée selon deux modèles :

a) Le modèle psychologique centré sur l'individu et ses problèmes est responsable d'une théorie reconnue comme « une spirale », « un cercle vicieux ». Cette représentation évoque l'ivrogne, l'alcoolique ayant des problèmes personnels auxquels il tente d'échapper.

b) Le modèle culturel est centré sur le groupe et le milieu social. Boire est le symbole du lien social comme preuve de convivialité ou s'exerce la pression sociale. Cette représentation est centrée sur la personnalité du buveur et son intériorité au sein du groupe culturel.

2) L'approche symbolique-phénoménologique concerne les images et les métaphores représentant le «trop boire ». Elles sont symbolisées par :

a) la chute (physique : image de l'ivrogne titubant et trébuchant / psychique : image de la spirale entraînant vers un fond chaotique)

b) la noyade : «noyer son chagrin dans l'alcool» «boire comme un puits sans fond »

c) la pente savonneuse : rappelant à chacun sa vulnérabilité et l'insidiosité possible du risque alcool.

3) L'approche morale-sociale montre un alcoolisme appréhendé comme un « mal boire », du point de vue normatif, éthique et social.

Cette classification est caractérisée par la capacité du buveur à se maîtriser et à se contrôler malgré ce qu'il boit. Ainsi on oppose le fait de « supporter facilement

l'alcool » au fait de «s'abîmer la santé ». Celui qui « tient le coup » peut s'approprier la puissance de l'alcool, mais il ne se laisse pas asservir par le breuvage. Sa maîtrise en fait une acceptation sociale parfois gratifiée voire héroïque.

A l'inverse, l'alcoolique se révèle « incapable de se hisser à la hauteur de son modèle, incapable d'affronter les défis quotidiens, contraire du héros » [71]. Ce qui sera stigmatisé et condamné le cas échéant n'est pas le fait de trop boire, mais celui d'être incapable de « supporter » ce qui est bu sans que ses activités journalières n'en soient visiblement affectées puisqu'ils sont autant de stigmates de la défaillance du corps et de la faillite du contrôle de soi. La désocialisation et/ou l'incapacité de remplir les actes de la vie quotidienne entraînent -par perte de l'honneur, de l'estime de soi et du respect des autres- le jugement moral et le rejet social, à la maison, au travail... chez le médecin ?

L'image de l'alcoolique-ivrogne-clochard et l'image de déchéance qu'on lui attache [72] sert de garde-fou de cette ligne de conduite de ne pas se laisser aller, c'est-à-dire une maîtrise de soi au sens social et moral permettant le rapport à l'autre.

Ces trois représentations de l'alcoolisme sont donc trois menaces, soit autant de définitions du normal et de raisons de le rester : un corps sain, une modération héroïque, un être social.

### C. Des médecins généralistes

Le médecin s'inclut dans les représentations collectives du « boire », des problèmes en lien avec la consommation d'alcool, mais par conséquent également dans les représentations du « bien boire ». Ces représentations conditionnent des obstacles réels ou présumés pouvant entraver leur prise en charge.

#### 1. Obstacles et difficultés au repérage des consommations d'alcool

Le PHEPA citait dans sa revue de littérature [1] les raisons entravant la pratique de l'intervention brève (IB) les plus souvent évoquées par les médecins : le manque de temps, une formation inappropriée, une inquiétude vis-à-vis des patients réticents, l'incompatibilité apparente des IB concernant l'alcool avec les soins de santé primaires et la conviction que les personnes alcoolo-dépendantes ne sont pas réceptives à ces interventions [1]

En 2011, les médecins généralistes picards [34] évoquaient des obstacles rencontrés dans le repérage des problèmes d'alcool. Le manque de fiabilité de la Consommation déclarée d'alcool (CDA) était le premier obstacle cité chez près de 7 médecins sur 10. 65% citaient la réticence du patient à la prise en charge, un tiers évoquaient un manque de temps et 1 médecin sur 10 reconnaissait une propre réticence personnelle. Cette étude concluait que les obstacles rencontrés étaient le reflet de la mauvaise connaissance de la technique du RPIB.

Une étude réalisée sur 85 médecins généralistes objectivait de nombreuses difficultés rencontrées dans ce domaine : le manque de compliance des patients (64%) et le taux de rechute (60%) étaient évoqués en premier par les répondants devant le manque de rémunération (48%), le manque d'outils et de protocoles (34%), ce que peut cacher cette maladie (29%), l'inefficacité des traitements médicamenteux (27%), le manque d'intérêt personnel (12%) et le déni et la résignation des patients. Les obstacles à l'abord des problèmes d'alcool étaient liés aux patients lorsqu'ils minimisent leur consommation (47%) ou parce que la prise en charge est souvent vouée à l'échec (12%). Les médecins se reconnaissaient en manque de formation (28%) et de temps (28%) [73].

## 2. Les effets de la formation

Ainsi l'OFDT [74] s'est intéressé aux opinions des médecins généralistes avant et un an après leur formation au RPIB. Il apparaissait que la formation modifiait les perceptions des médecins, leur aisance à aborder les problèmes d'alcool et enfin leur prise en charge. Elle leur permettait une meilleure connaissance de la prévalence de « buveurs excessifs » dans leur patientèle. La représentation traditionnelle selon laquelle les difficultés rencontrées dans l'abord des problématiques liées à l'alcool sont dues aux mauvaises dispositions des patients s'amointrissait. « Ainsi, les médecins sont respectivement 7 fois et 6 fois plus nombreux après la formation à déclarer que l'idée que le patient ne veuille pas en parler ou qu'il minimise ses consommations ne les empêche en rien d'aborder les questions d'alcool » [74]. Un médecin sur 3 était, après sa formation, en accord avec cette vision des choses. Il apparaît donc qu'une meilleure connaissance des problématiques liées à la consommation d'alcool pourrait atténuer certains obstacles.

Faire tomber les barrières et ouvrir le dialogue paraît alors accessible puisqu'il s'agirait de plus former les médecins généralistes d'autant qu'ils sont demandeurs (93% des 2300 réponses volontaires de Gallois et Emeriaud [75]).

Le repérage précoce demeure difficile pour le praticien mais semble facilitée par le médecin généraliste dans le fait de diagnostiquer les patients ayant déjà des conséquences graves et marquées de l'usage problématique de l'alcool. Comment les repérer plus précocement ? De plus, il demeure une méconnaissance par les généralistes de la prévalence de patients y étant exposés, se traduisant par une prise en charge insuffisante. Comment expliquer une telle situation ?

# **MATERIELS ET METHODE**

## **I. Questions de recherche**

1. Quels sont les obstacles rencontrés par les médecins généralistes dans le repérage des Troubles de l'usage de l'alcool (TUA) ?
2. Les médecins généralistes ressentent-ils des difficultés à parler d'alcool avec les patients en consultation ?
3. Les médecins généralistes ressentent-ils une gêne à aborder les consommations problématiques d'alcool avec leurs patients ?
4. Quelles représentations du TUA ont les médecins généralistes ?

## **II. Objectifs**

**Objectif principal** : Décrire les différents obstacles et difficultés rencontrés par les médecins généralistes dans le repérage des TUA.

**Objectifs secondaires** : - Rechercher l'existence d'une gêne des médecins généralistes dans l'abord des problématiques liées aux consommations d'alcool avec leurs patients en particulier celle du TUA.

- Décrire les représentations des médecins généralistes concernant les patients présentant un TUA.

## **III. Description de l'étude**

### **A. Type d'étude**

Cette étude quantitative prospective a été réalisée dans le département de la Somme (Région Hauts-de-France).

### **B. Période de l'étude**

L'enquête s'est déroulée entre le 16 février et le 16 mars 2016. Le premier envoi d'e-mails a été réalisé le 16 février 2016. Une première relance a été réalisée le 1er Mars 2016, une deuxième le 7 Mars 2016.

### **C. Population étudiée**

Elle correspondait à l'ensemble des médecins généralistes remplaçants ou installés, exerçant dans le département de la Somme.

### Critères d'inclusion :

- être médecin généraliste installé ou remplaçant.
- exercer dans le département de la Somme
- exercer en cabinet médical une activité libérale.
- être inscrit à l'annuaire des Pages Jaunes® ou figurer sur la liste de diffusion des remplaçants du département de médecine générale de la faculté d'Amiens.

### 1. Les médecins généralistes installés

La liste des médecins généralistes installés a été constituée à partir du site internet des Pages Jaunes® consulté le 11 octobre 2015, à partir des mots clefs suivants : profession : « médecin généraliste » et lieu : « Somme (80) ».

Les Pages Jaunes® semblaient être le meilleur outil pour constituer cette liste. Le Conseil régional de l'Ordre des Médecins ne communique pas de liste des médecins généralistes installés. Seule une liste des médecins inscrits à l'Ordre aurait pu être utilisée mais cela ne m'aurait pas permis d'exclure les médecins hospitaliers ou exerçant une autre spécialité. Par ailleurs, il aurait été possible d'utiliser les listes de diffusion des syndicats, mais ceux-ci auraient envoyé l'e-mail à l'ensemble des médecins inscrits dans la région et non dans le département cible. De plus, les médecins non syndiqués auraient été exclus.

Les Pages Jaunes® comptaient 508 médecins généralistes et leurs numéros de téléphone respectifs. Ils ont été contactés par téléphone afin d'obtenir leur adresse e-mail dans le but de leur adresser un questionnaire en ligne.

27 numéros de téléphone n'ont pu aboutir à une réponse puisque ceux-ci correspondaient soit à un numéro non attribué, soit à des médecins non installés en cabinet (MSA, SOS Médecins...) ou autres (cessation d'activité, longue maladie, décès...). 96 médecins ont refusé de communiquer leur e-mail et/ou de participer à l'étude. 40 médecins n'ont pas exprimé de refus mais n'ont pas communiqué leur e-mail malgré 3 appels téléphoniques. 481 médecins correspondaient aux critères d'inclusion.

J'ai pu adresser la demande de participation à l'enquête à 345 d'entre eux (taux d'envoi : 71,73%). Cette demande contenait un lien hypertexte leur permettant d'accéder au questionnaire (annexe 4) disponible à l'adresse : <https://goo.gl/forms/aSIEulsvpkSZoHjC3>.

<b>Médecins généralistes libéraux installés dans la Somme</b>			
508 médecins présents dans les Pages Jaunes®			
481 médecins inclus			27 exclus
345 médecins ayant reçu le questionnaire	96 refus	40 sans réponse	

## **2. Les médecins généralistes remplaçants**

La banque d'e-mails des médecins généralistes remplaçants a été fournie par le département de médecine générale de la faculté de Médecine d'Amiens. Elle concernait des internes titulaires d'une licence de remplacement et des anciens internes de la faculté désormais diplômés du doctorat. Il était demandé aux répondants de s'exclure de l'étude s'ils n'exerçaient pas dans le département de la Somme, s'ils ne pratiquaient pas la médecine générale en cabinet, s'ils n'avaient effectué aucun remplacement de médecin titulaire ou s'ils étaient installés.

Le conseil de l'Ordre ne pouvant fournir les e-mails des médecins titulaires d'une licence de remplacement ou étant inscrit à l'Ordre, l'usage de cette banque de données fréquemment utilisée dans les travaux de thèses me semblait être le meilleur moyen de toucher le plus grand nombre de médecins généralistes remplaçants.

### **D. Le questionnaire (Annexe 4)**

Les médecins généralistes ont rempli le questionnaire de manière volontaire et anonyme via l'interface internet Google Forms®. Le temps de réponse a été évalué à moins de 10 minutes lors d'un test réalisé parmi 5 médecins généralistes n'exerçant pas dans le département de la Somme. Ces répondants n'ont pas été inclus dans l'analyse.

L'élaboration du questionnaire a été réalisée en fonction de la recherche bibliographique et sur les conseils de Mr Antoine Rault, statisticien de l'INSEE. Il comprenait 23 questions divisées en 4 parties correspondant chacune à une page internet.

#### **1. Première partie : Mieux vous connaître (questions 1 à 7)**

Il s'agissait de caractériser l'échantillon en recueillant des données démographiques (statut, sexe, âge, ancienneté et lieu d'exercice, durée d'une consultation sur rendez-vous).

Les médecins étaient interrogés sur leur participation à une formation en addictologie. Il n'a pas été précisé que la formation devait être spécifique à l'alcoologie, partant du principe que cette discipline fait partie des formations sur l'addictologie en général.

Les formations pouvaient être post-universitaires lors de Formation médicale continue (FMC) ou universitaires lors de l'externat, de l'internat, d'un Diplôme universitaire (DU) ou d'un Diplôme d'études spécialisées complémentaire (DESC). Il n'a pas été retenu de degré de qualification suivant les différentes formations.

#### **2. Deuxième partie : Dépister les TUA (questions 8 à 13)**

Cette partie étudiait les modalités de repérage d'un TUA par les médecins généralistes.

Il s'agissait tout d'abord via la question 8 d'évaluer le nombre médecins utilisant un questionnaire validé dans le repérage d'un TUA, sans notion de fréquence. S'ils en utilisaient un, ils pouvaient choisir parmi les tests majoritairement utilisés en France conformément aux principales recommandations (voir chapitre IV.A.3).

Il était demandé si la quantité d'alcool consommée quotidiennement par leur patient était déterminant de leur intervention à ce sujet afin d'évaluer le niveau d'adhésion des médecins à l'évaluation quantitative des consommations. Il s'agissait de confronter cette adhésion avec la notion de TUA qui exclut toute notion de quantité.

Ensuite, cette partie permettait d'explorer les facteurs liés au patient qui incitent la recherche d'un TUA par les médecins. Certains sont reconnus comme prévalents chez les patients présentant une problématique liée à l'alcool : sexe masculin, bas niveau socio-économique, absence d'activité professionnelle [1].

Les problématiques en lien avec les consommations d'alcool sont souvent considérées par les médecins comme faisant partie de leur rôle [34] [45], il appartenait donc à cette étude via la question 12, d'évaluer l'avis de nos répondants en l'orientant sur la notion de TUA.

Enfin, j'ai tenté d'évaluer les obstacles perçus par les répondants dans le repérage des TUA. Ils pouvaient nuancer l'importance de ces éventuels obstacles (majeurs/mineurs). Les obstacles proposés aux médecins sont issus des études précédemment réalisées sur le sujet [1] [34] [73] [74] [76]. Le dernier obstacle évaluait la gêne personnelle du médecin en tant qu'obstacle au repérage des TUA, conformément à l'hypothèse de recherche de ce travail.

### **3. Troisième partie : Parler d'alcool au cabinet (questions 14 à 18)**

Cette partie avait pour objectif d'évaluer l'existence de difficultés et de gêne des médecins dans l'abord des problèmes d'alcool et des TUA avec leurs patients. Certains facteurs de gêne proposés étaient également des obstacles déjà étudiés dans d'autres études [1] [34] [73] [74] [76]. Ils étaient liés au patient et à ses réactions présumées par le médecin. 3 facteurs de gêne étaient liés au médecin et à son histoire personnelle en rapport avec l'alcool.

Présumant des difficultés dans l'abord des problèmes d'alcool, j'ai recherché les éléments sur lesquels les praticiens s'appuient pour engager le dialogue avec leurs patients. Ces facteurs favorisant étaient soit des éléments objectifs d'un TUA (telles que des complications), soit des éléments plutôt subjectifs.

Il s'agissait également d'évaluer le statut du médecin remplaçant vis-à-vis du médecin traitant dans la facilité d'abord des problématiques liées à l'alcool. Parallèlement à cela, j'ai tenté d'évaluer le sentiment des médecins généralistes vis-à-vis de l'ancienneté de la relation médecin/malade dans cette facilité.

#### 4. Quatrième partie : Le patient TUA et vous (questions 19 à 23)

Cette dernière phase du questionnaire avait pour but d'analyser les représentations du médecin vis-à-vis des ses patients présentant ou étant susceptible de présenter un TUA.

Les propositions de réponses ont été élaborées à partir des facteurs de risques connus de TUA et les représentations décrites en population générale dans l'enquête EROPP [67].

#### IV. L'analyse

Les résultats ont été récupérés à l'aide du tableur Excel® via l'interface Google Forms®. Les données ont été statistiquement analysées via le logiciel SAS version 9.4 par Mr Jonathan Meynier méthodo-biostatisticien de la direction de la recherche clinique et de l'innovation du CHU d'Amiens. Les croisements ont été réalisés à l'aide du test exact de Fischer. Un  $p < 0,05$  a été considéré comme significatif.

#### V. Trouble de l'usage de l'alcool. Pourquoi ce choix ?

A travers les recherches bibliographiques concernant l'approche des problématiques liées à l'alcool par les médecins généralistes s'est posée la question de leurs définitions. Celles-ci sont variées (voir : Introduction, chapitre III). J'ai opté dans ce travail pour le choix de la définition de TUA pour différentes raisons :

D'abord, la notion de TUA englobe l'ensemble des patients qui présentent un problème en lien avec l'alcool, qu'il soit important ou non, aigu ou chronique. Elle permettait donc de ne pas catégoriser les patients. En particulier il s'agissait pour les médecins répondants de ne pas se focaliser sur les patients alcoolo-dépendants.

Ensuite, ce choix a été motivé par la fragilité de la notion de seuil de risque associé aux consommations d'alcool. Les seuils ont été définis à partir des données scientifiques pour lesquelles on considérait un risque de survenue de dommages physiques. Le fait que ces dommages soient dose-dépendants [13] [20] légitime l'utilisation de ces seuils quantitatifs. Les médecins semblent d'ailleurs les utiliser fréquemment dans leur repérage [8]. Les questionnaires standardisés s'appuient sur ces seuils ou en tout cas sur des critères quantitatifs de consommation. Les organismes de santé les citent fréquemment. Ils constituent une base commune facile d'interprétation. La SFA rappelle en 2015 que « ces seuils étant maintenant assez bien intégrés par les professionnels de santé, il ne semble pas judicieux de les modifier » [8]. Mais différents éléments amènent à discuter l'intérêt de leur utilisation en termes de repérage, et plus particulièrement en ce qui concerne le repérage précoce :

1) Les modes de consommation ont évolué. Il y a moins de buveurs quotidiens et plus d'ivresse et d'API [9]. Il en résulte des conduites à risque plus aiguës. Demeure-t-il légitime de baser le repérage sur la question de la quantité d'alcool et non sur les conséquences ?

2) Les seuils définis n'ont pas de valeur absolue car chacun réagit différemment selon son sexe, sa corpulence, sa santé physique et psychologique, l'association avec d'autres substances légales ou illégales, ainsi que le moment de la consommation. Ils constituent donc de simples repères et doivent être abaissés dans diverses situations [1]. Mais chaque patient est différent et s'attacher uniquement à ces seuils est trompeur. Ces repères qui paraissent standardiser le repérage du médecin généraliste et conforter sa pratique (au sens de confort), n'ont-ils pas tendance à éclipser les démarches de prévention ?

3) Les connaissances évoluent rapidement sur les risques liés à de faibles consommations. L'OMS a adapté son discours basé sur les critères quantitatifs pour finalement promouvoir un message de prévention à spectre étendu « *less is better* » (« moins vaut mieux »). Constatant que certains cancers présentaient un risque accru de survenue pour des niveaux de consommation inférieurs aux repères précédemment définis, l'Australie en 2009 et le Canada en 2011 ont révisé leurs recommandations officielles. En 2016 le britannique *Chief Medical Officer* a suivi, devant la démonstration d'un sur-risque de mortalité pour des consommations hebdomadaires même faibles, surtout pour les jeunes [15].

Récemment, Topiwala et al. [16], via une cohorte prospective de 30 ans, démontraient l'apparition de lésions cérébrales en particulier des atrophies de l'hippocampe, même à des niveaux de consommation modérées. Cette étude confortait la démarche de réduction des seuils dit à risque en Grande-Bretagne et s'interrogeait sur ceux adoptés aux Etats-Unis.

Ainsi Kalinowski et al. [77] mettaient en exergue la grande variabilité des seuils de risque définis dans 37 pays. Les pratiques tendent à s'uniformiser au niveau européen [9]. Il est donc légitime de s'interroger uniformément sur la définition du risque et la diffusion des seuils pour le grand public et les praticiens médicaux.

En mai 2017, Santé Publique France et l'INCa ont publié leur révision à la baisse des seuils de consommation d'alcool diffusés dans le cadre du discours public sur la prévention des risques. Il est désormais recommandé de ne pas boire plus de 10 verres-standards par semaine ou plus de 2 verres-standards par jour, et d'observer un jour d'abstinence par semaine [78].

Oublier les quantités pour se concentrer sur les problèmes autant sanitaires que sociaux liés à l'alcoolisation aiguë ou chronique est une approche apportée par la notion de TUA.

## RESULTATS

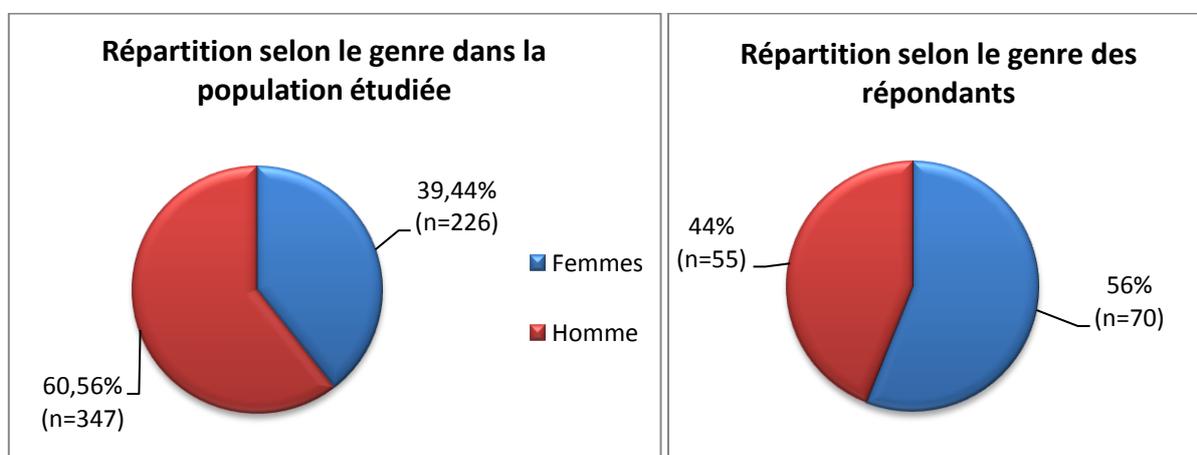
### A. Un échantillon représentatif de la population étudiée ?

127 personnes ont répondu au questionnaire. 125 réponses ont pu être analysées définissant ainsi l'échantillon. 2 ont été exclues car aucune donnée n'a été récoltée.

L'échantillon a été comparé à la population étudiée à la période de l'étude définie à partir des données fournies par le secrétariat de l'Ordre Départemental des Médecins de la Somme.

#### 1. Le genre

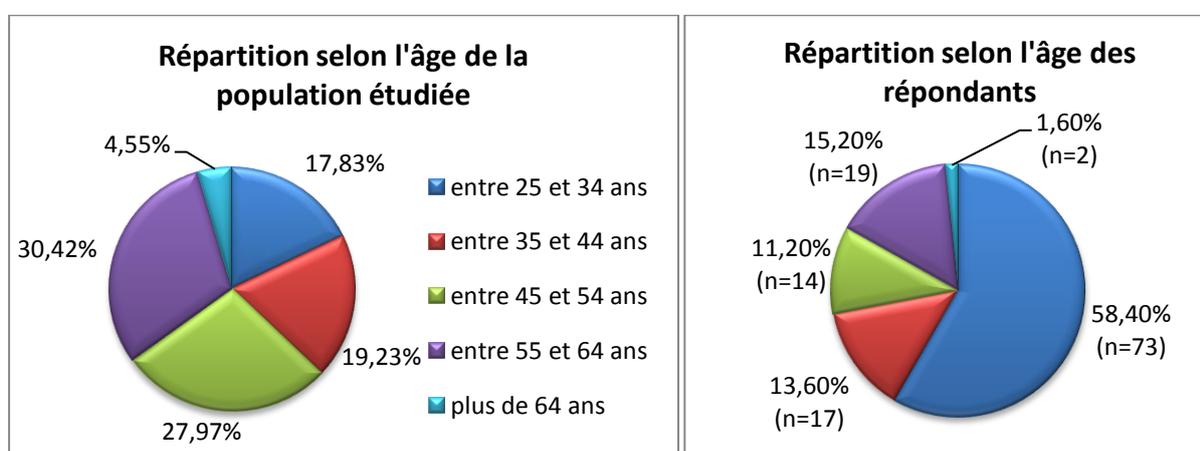
Les médecins de sexe féminin étaient surreprésentés dans notre enquête.



#### 2. L'âge

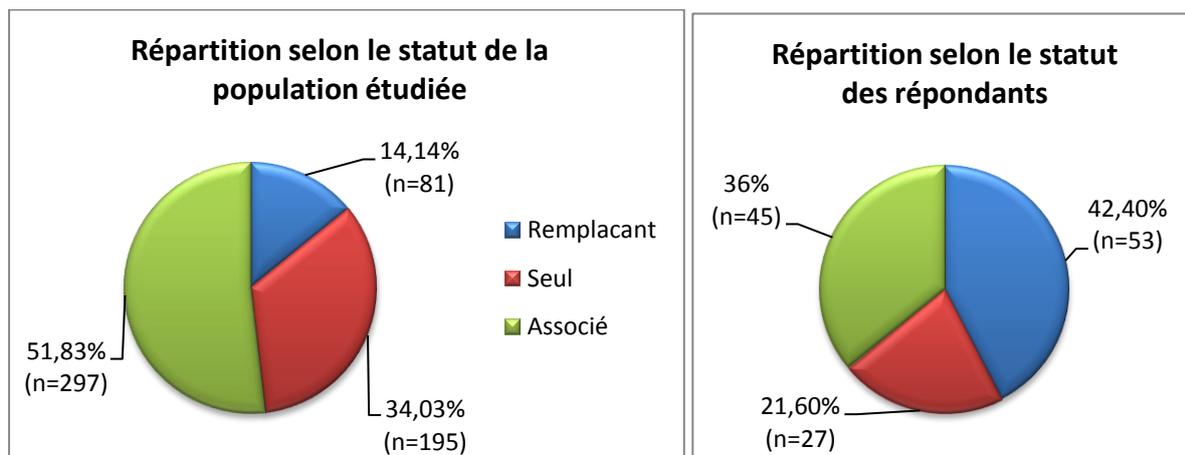
La majorité (n=73 soit 58,40%) des 125 répondants avait moins de 34 ans.

La tranche des 25 à 34 ans était en surreprésentation par rapport à la population étudiée.



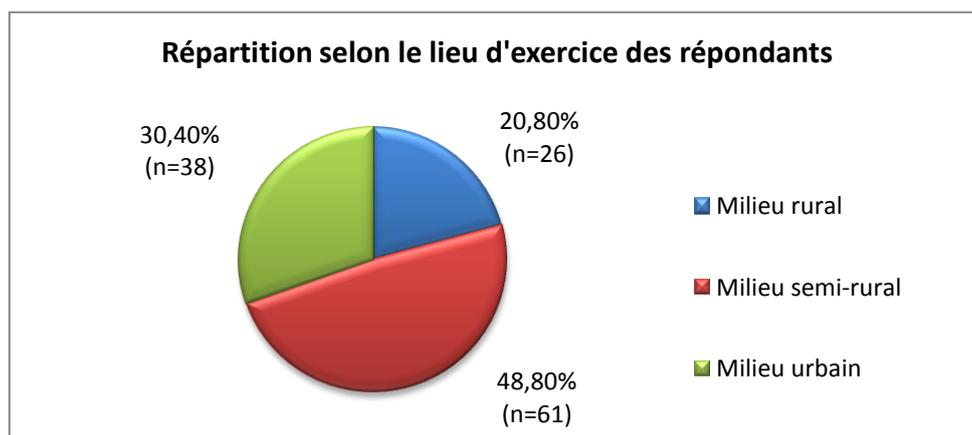
### 3. Le statut

Il existait dans l'échantillon analysé dans l'étude, une surreprésentation des médecins généralistes remplaçants par rapport à la population étudiée.



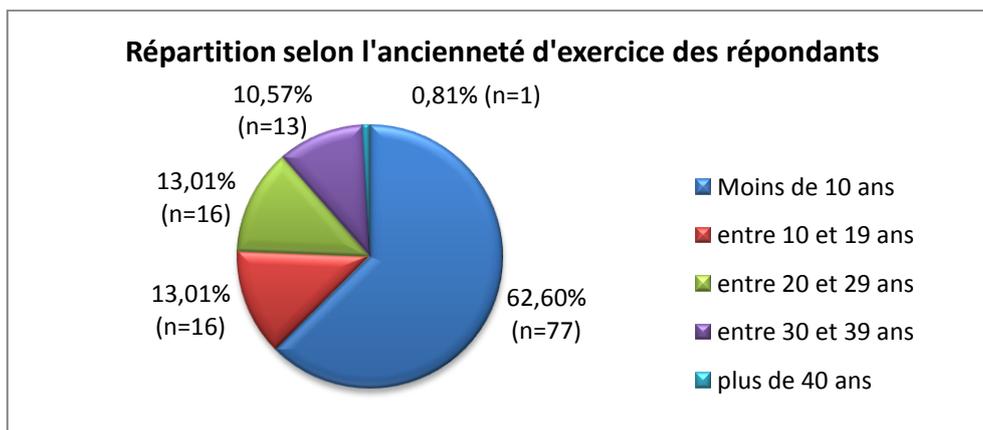
### 4. Le lieu d'exercice

Les données de la population étudiée concernant la localisation de leur exercice n'étaient pas disponibles. Les répondants travaillaient majoritairement en milieu semi-rural.



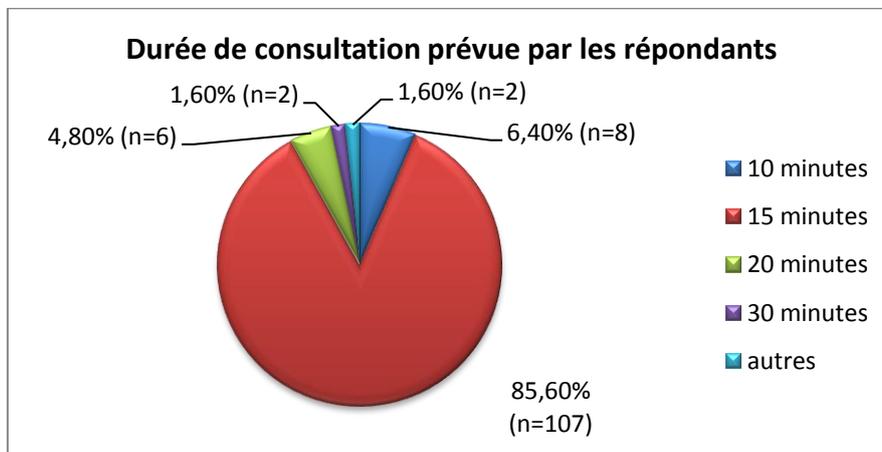
### 5. L'ancienneté d'exercice

Les données de la population étudiée concernant l'ancienneté d'exercice n'étaient pas disponibles. Les médecins interrogés dans l'étude exerçaient en médecine générale depuis moins de 10 ans pour près des deux tiers d'entre eux (62,6% ; n=77).



## 6. La durée de consultation

Une large majorité de médecins (85,6% ; n=107) prévoyait une durée de consultation sur rendez-vous de 15 minutes par patient. Les répondants « autres » se répartissaient ainsi : 1 seul (0,8%) prévoyait 12 minutes (5/heure), 1 ne recevait pas sur rendez-vous.

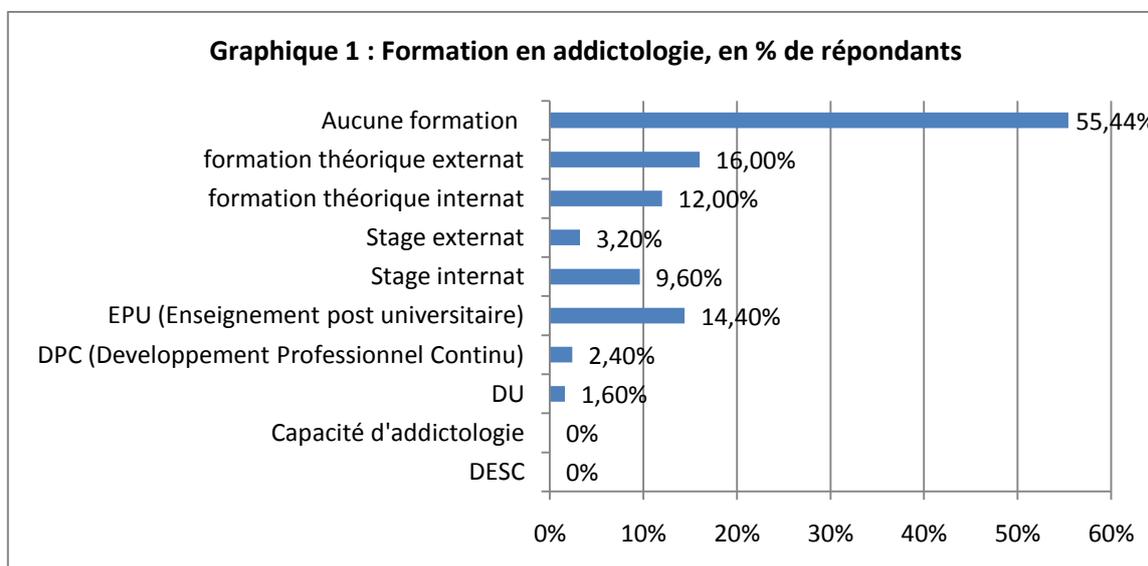


## B. La formation en addictologie

Une majorité des médecins généralistes (55,44%) n'avait jamais bénéficié de formation en addictologie. 2 médecins étaient titulaires du DU d'addictologie et aucun du DESC ni de la capacité d'addictologie (graphique 1)

Leur formation consistait uniquement en un enseignement théorique suivi au cours de l'externat pour 12 (9,60%) d'entre eux et uniquement au cours de l'internat pour 11 (8,80%) d'entre eux. 14 médecins (11,20%) avaient bénéficié d'un enseignement théorique tout au long de leur cursus universitaire.

11 (8,80%) avaient participé à une formation uniquement au cours d'un EPU (enseignement post universitaire) et ils étaient au total 21 (16,80%) à avoir pris part à une formation médicale continue post-universitaire (DPC ou EPU).



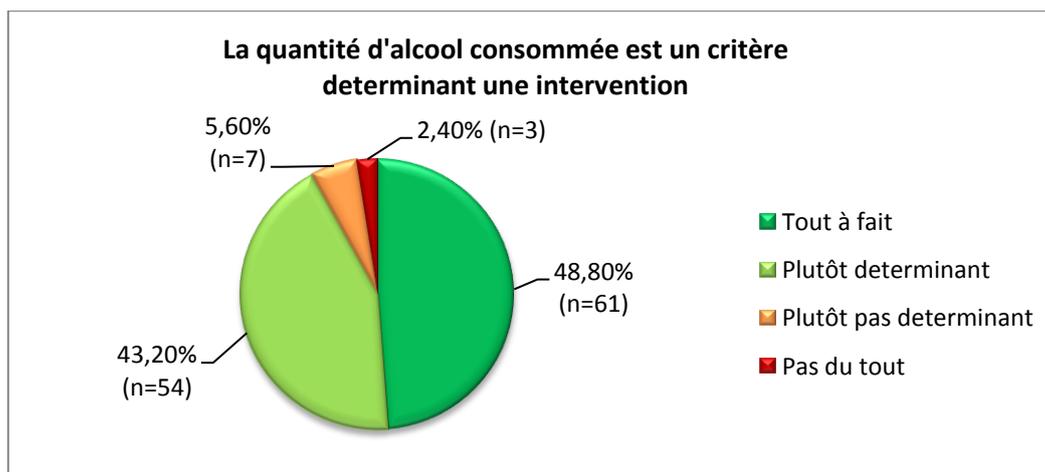
### C. L'utilisation des questionnaires validés pour le repérage des TUA

Plus de 9 médecins sur 10 (91,13% ; n=113) n'utilisaient jamais de questionnaire validé dans leur démarche de repérage des TUA

4 (3,23%) utilisaient le DETA, 6 (4,84%) le FACE, et 1 médecin utilisait les deux tests. 1 médecin s'aidait du FAST et 1 autre questionnaire « le nombre d'unités par semaine et en une consommation ». Parmi les 125 médecins ayant répondu au questionnaire, aucun n'utilisait le test AUDIT ni sa version courte l'AUDIT-C. 1 médecin ne s'est pas prononcé sur l'utilisation des questionnaires.

### D. La quantité d'alcool consommée est-elle un critère déterminant une intervention par l'échantillon étudié ?

Les quantités d'alcool consommées par leurs patients étaient considérées comme un critère déterminant une intervention auprès d'eux par 92% (n=115) des médecins ayant répondu, dont près de la moitié en était tout à fait convaincue.



### E. Les éléments amenant les médecins généralistes à rechercher un TUA

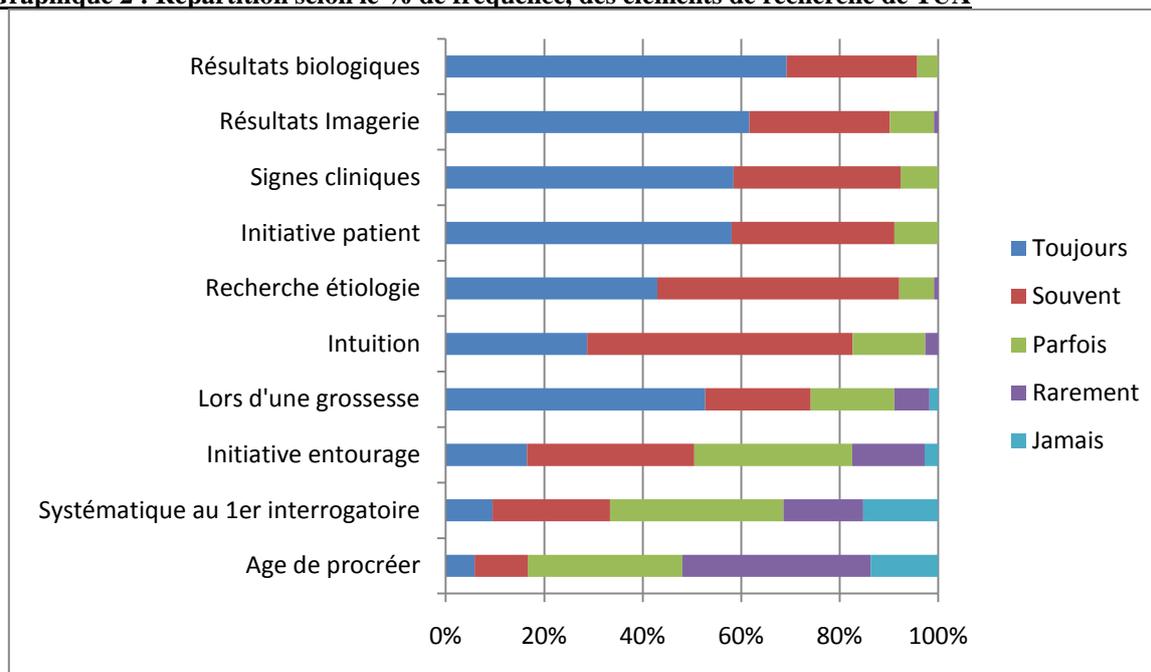
Seulement 9,52% (n=10) des répondants recherchaient toujours un TUA de façon systématique au premier interrogatoire. 15,24 % (n=16) ne le faisaient jamais. La majorité d'entre eux (35,24%) ne le faisait que parfois (graphique 2 ; tableau 1).

Dans cette démarche de recherche, tous les répondants se fiaient à leur intuition. Respectivement 53,91% (n=62) et 28,70% (n=33) le faisaient souvent ou toujours.

L'existence de résultats biologiques, d'examen morphologiques, de signes cliniques physiques ou fonctionnels d'une complication, ou d'une pathologie établie, évoquant un TUA engageaient souvent ou toujours plus de 9 médecins sur 10 à rechercher ce trouble.

Lorsque le patient évoque son problème en consultation, 8,93% des répondants ne le recherchaient que parfois malgré l'initiative du patient. Si celle-ci émane de l'entourage, la fréquence de recherche de TUA était moins importante.

**Graphique 2 : Répartition selon le % de fréquence, des éléments de recherche de TUA**



**Tableau 1 : Eléments de recherche d'un TUA en % de fréquence de recherche**

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Résultats biologiques	69,23(n=81)	26,50(n=31)	4,27(n=5)	0	0
Résultats Imagerie	61,61(n=69)	28,57(n=32)	8,93(n=10)	0,89(n=1)	0
Signes cliniques	58,47(n=69)	33,90(n=40)	7,63(n=9)	0	0
Initiative patient	58,04(n=65)	33,04(n=37)	8,93(n=10)	0	0
Recherche étiologie	42,98(n=49)	49,12(n=56)	7,02(n=8)	0,88(n=1)	0
Intuition	28,70(n=33)	53,91(n=62)	14,78(n=17)	2,61(n=3)	0
Lors d'une grossesse	52,68(n=59)	21,43(n=24)	16,96(n=19)	7,14(n=8)	1,79(n=2)
Initiative entourage	16,51(n=18)	33,94(n=37)	32,11(n=35)	14,68(n=16)	2,75(n=3)
Systématique au 1er interrogatoire	9,52(n=10)	23,81(n=25)	35,24(n=37)	16,19(n=17)	15,24(n=16)
Age de procréer	5,88(n=6)	10,78(n=11)	31,37(n=32)	38,24(n=39)	13,73(n=14)

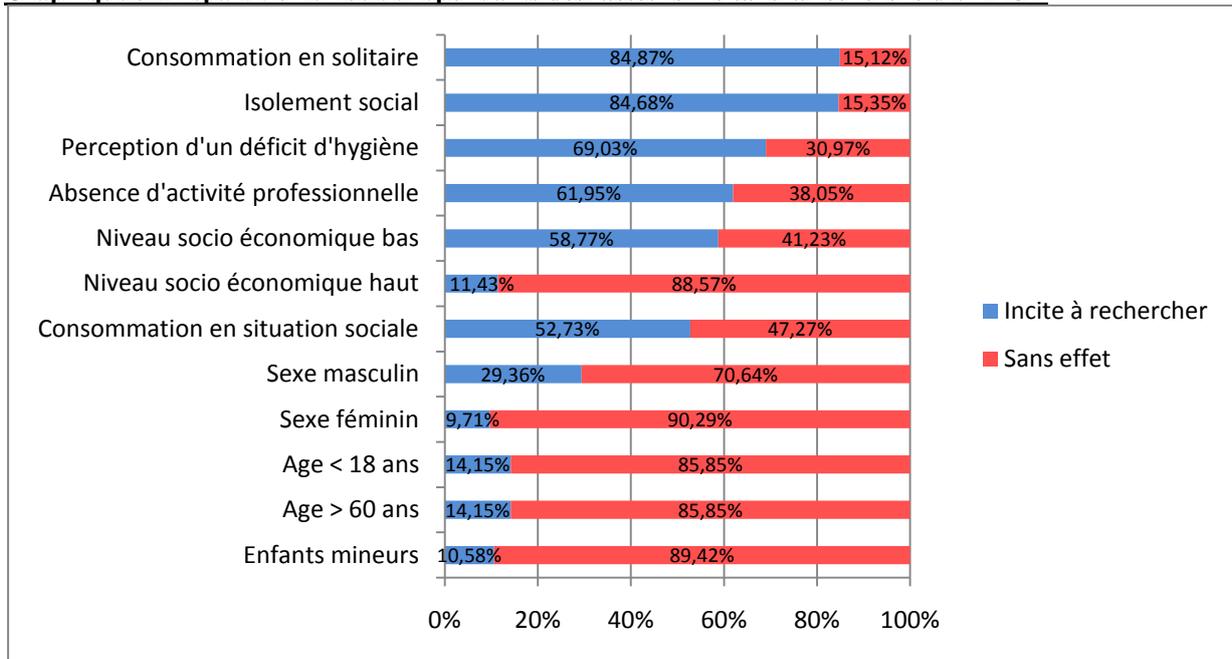
#### **F. Les facteurs incitant les médecins généralistes à rechercher un TUA chez leurs patients**

Les facteurs liés aux patients qui incitaient le plus les médecins à rechercher un TUA étaient en priorité : la consommation en solitaire (84,87% ; n=101), l'isolement social (84,68% ; n=94), la perception d'un déficit d'hygiène corporel (69,03% ; n=78) et l'absence d'activité professionnelle (61,95 % ; n=70) (Graphique 3).

Les patients évoluant dans un niveau socio-économique bas (58,77% ; n=67) étaient plus sujets à faire l'objet d'une recherche particulière de TUA que ceux issus d'un niveau socio-économique haut (11,43% ; n=12).

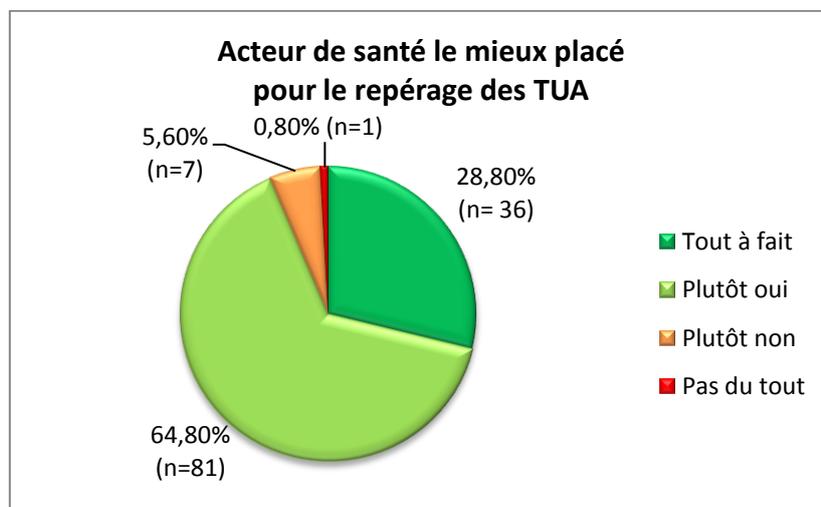
La consommation exclusive en situation sociale incitait ce repérage pour la moitié des praticiens (52,73% ; n=58), l'autre moitié (47,27% ; n=52) considérant ce facteur comme non influent dans leur recherche.

**Graphique 3 : Répartition en % de répondants des facteurs incitant la recherche d'un TUA**



**G. Le médecin généraliste est-il l'acteur de santé le mieux placé pour repérer les TUA ?**

Les médecins généralistes pensaient en grande majorité (93,60%) être les acteurs de santé les mieux placés pour repérer les TUA.



**H. Les obstacles au repérage des TUA**

Les médecins ayant répondu considéraient en très grande majorité que le refus du patient à parler d'alcool (91,45%), leur réticence à la prise en charge (90,67%), et leur difficulté à reconnaître leur trouble (88,79%) constituaient des obstacles à prédominance majeure dans le repérage des TUA (Graphique 4 ; tableau 2).

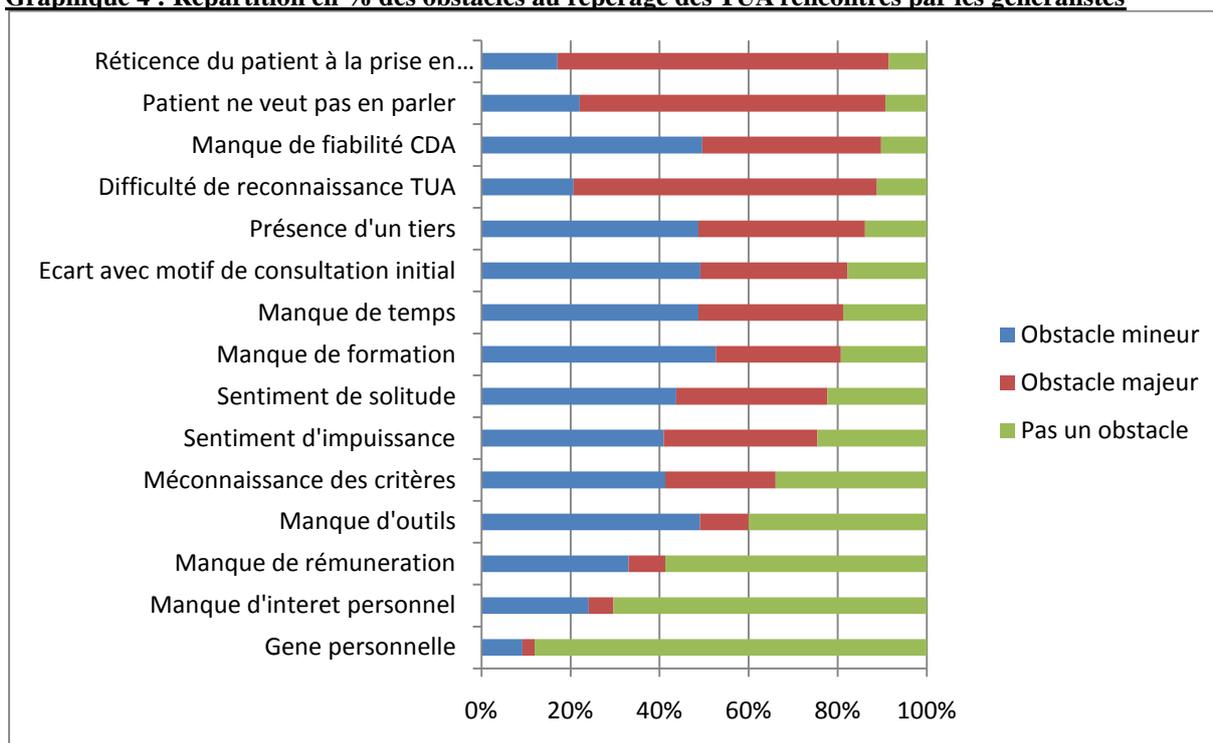
Le manque de fiabilité de la CDA était également considéré comme un obstacle pour près de 9 médecins sur 10 (89,74%).

La présence d'un tiers en consultation (86,09%), le manque de temps en consultation

(82,20%), l'écart avec le motif de consultation initial (82,15%), le manque de formation (80,70 %), le sentiment de solitude dans la prise en charge des TUA (77,68%) et le sentiment d'impuissance si dépistage positif (75,46%) représentaient également des obstacles forts au repérage.

Enfin, les médecins répondants considéraient leur perception comme n'entravant pas le repérage puisque le manque d'intérêt personnel dans la pathologie (70,37%) et la gêne personnelle (88,07%) n'étaient pas perçus comme des obstacles au repérage des TUA.

**Graphique 4 : Répartition en % des obstacles au repérage des TUA rencontrés par les généralistes**

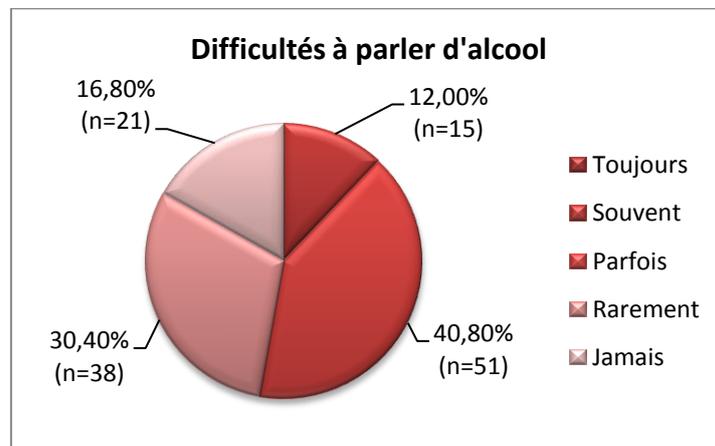


**Tableau 2 : Obstacles au repérage des TUA rencontrés par les médecins généralistes en % de répondants**

	Obstacle majeur	Obstacle mineur	Pas un obstacle
Réticence du patient à la prise en charge	74,36(n=87)	17,09(n=20)	8,55(n=10)
Patient ne veut pas en parler	68,64(n=81)	22,03(n=26)	9,32(n=11)
Manque de fiabilité CDA	40,17(n=47)	49,57(n=58)	10,26(n=12)
Difficulté de reconnaissance TUA	68,10(n=79)	20,69(n=24)	11,21(n=13)
Présence d'un tiers	37,39(n=43)	48,7(n=56)	13,91(n=16)
Ecart avec motif de consultation initial	33,04(n=37)	49,11(n=55)	17,86(n=20)
Manque de temps	32,48(n=38)	48,72(n=57)	18,8(n=22)
Manque de formation	28,07(n=32)	52,63(n=60)	19,30(n=22)
Sentiment de solitude	33,93(n=38)	43,75(n=49)	22,32(n=25)
Sentiment d'impuissance	34,55(n=38)	40,91(n=45)	24,55(n=27)
Méconnaissance des critères	24,77(n=27)	41,28(n=45)	33,94(n=37)
Manque d'outils	10,91(n=12)	49,09(n=54)	40(n=44)
Manque de rémunération	8,26(n=9)	33,03(n=36)	58,72(n=64)
Manque d'intérêt personnel	5,56(n=6)	24,07(n=26)	70,37(n=76)
Gene personnelle	2,75(n=3)	9,17(n=10)	88,07(n=96)

### I. Les difficultés ressenties par les répondants à parler d'alcool avec leurs patients

La plupart des médecins ressentent parfois (40,80%) ou souvent (12%) des difficultés à parler d'alcool au cabinet de consultation.



### J. Les facteurs de gêne identifiés par les répondants dans l'abord des problématiques liées aux consommations d'alcool

Le fait que le patient ne veuille pas parler de son trouble (73,91%), la présence d'un tiers en consultation (72,17%), et la difficulté du patient à reconnaître son trouble (66,97%) étaient susceptibles de provoquer un sentiment de gêne des répondants (Graph.5 ; Tableau 3).

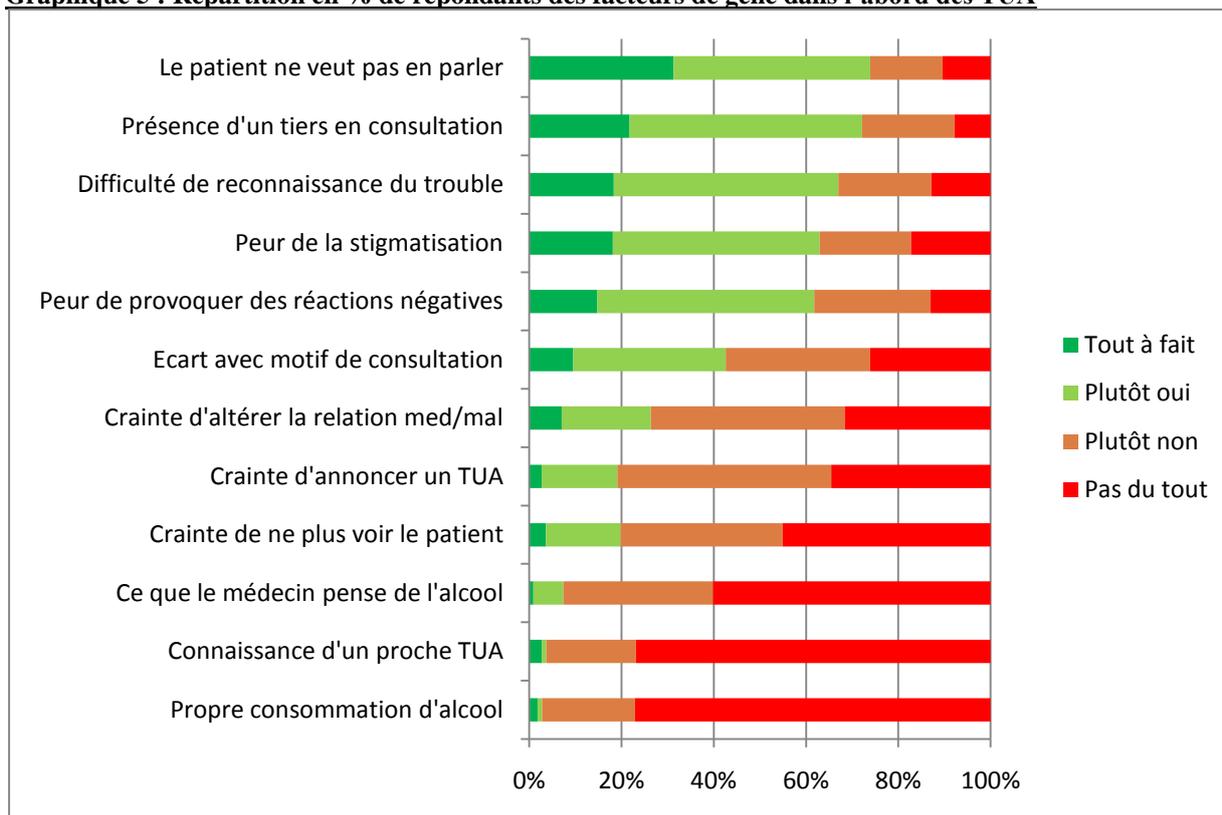
Les craintes d'annoncer un TUA, de ne plus voir le patient en consultation ou d'altérer la relation médecin malade ne constituaient pas un facteur de gêne pour plus des trois quarts des répondants.

Dans une approche plus personnelle, ce que les médecins pensent de l'alcool en général (92,60%), leur consommation personnelle (97,24%) et la connaissance d'un proche présentant ou ayant présenté un TUA (96,29%) ne constituaient pas des facteurs de gêne des répondants.

**Tableau 3 : Facteurs de gêne dans l'abord des TUA en % de répondants**

	Tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Pas du tout
Le patient ne veut pas en parler	31,30(n=36)	42,61(n=49)	15,65(n=18)	10,43(n=12)
Présence d'un tiers en consultation	21,74(n=25)	50,43(n=58)	20(n=23)	7,83(n=9)
Difficulté de reconnaissance du trouble	18,35(n=20)	48,62(n=53)	20,18(n=22)	12,84(n=14)
Peur de la stigmatisation	18,10(n=21)	44,83(n=52)	19,83(n=23)	17,24(n=20)
Peur de provoquer des réactions négatives	14,78(n=17)	46,96(n=54)	25,22(n=29)	13,04(n=15)
Ecart avec motif de consultation	9,57(n=11)	33,04(n=38)	31,30(n=36)	26,09(n=30)
Crainte d'altérer la relation méd./mal.	7,02(n=8)	19,30(n=22)	42,11(n=48)	31,58(n=36)
Crainte d'annoncer un TUA	2,73(n=3)	16,36(n=18)	46,36(n=51)	34,55(n=38)
Crainte de ne plus voir le patient	3,60(n=4)	16,22(n=18)	35,14(n=39)	45,05(n=50)
Ce que le médecin pense de l'alcool	0,93(n=1)	6,48(n=7)	32,41(n=35)	60,19(n=65)
Connaissance d'un proche TUA	2,78(n=3)	0,93(n=1)	19,44(n=21)	76,85(n=83)
Propre consommation d'alcool	1,83(n=2)	0,92(n=1)	20,18(n=22)	77,06(n=84)

**Graphique 5 : Répartition en % de répondants des facteurs de gêne dans l'abord des TUA**



## K. Les éléments favorisant l'abord des problèmes d'alcool en consultation de médecine générale

### 1. Ce qui aide à parler d'alcool avec les patients.

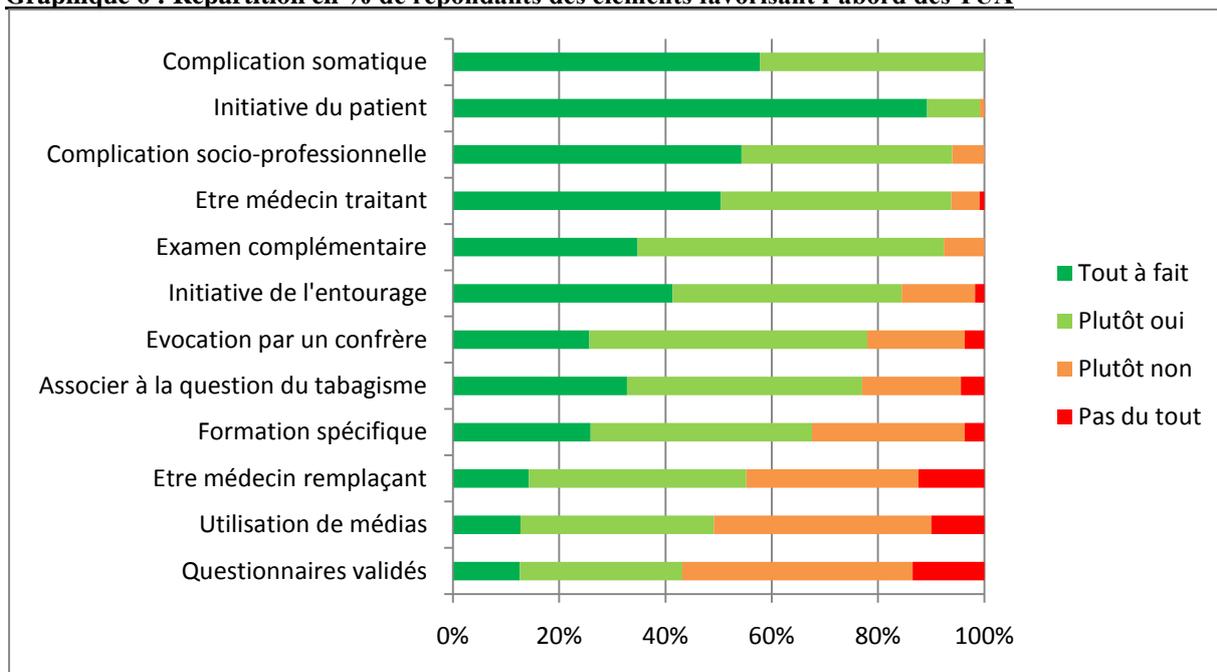
Les facteurs d'aide perçus les plus significatifs étaient : les complications des consommations (qu'elles soient somatiques ou socio-professionnelles), les examens complémentaires, l'initiative du patient et la fonction de médecin traitant (Graphique 6 ; Tableau 4).

L'association au tabagisme, l'initiative de l'entourage et l'évocation par un confrère étaient également perçus comme des facteurs favorisant, mais de manière moins nette.

Par ailleurs, seulement deux tiers (67,60%) des répondants considéraient qu'une formation spécifique favorise l'abord des problèmes d'alcool, les autres considérant en majorité que ce n'était plutôt pas le cas (28,70%).

Les outils proposés aux médecins généralistes comme les outils de médiation et les questionnaires validés faisaient l'objet d'une perception beaucoup plus ambivalente.

**Graphique 6 : Répartition en % de répondants des éléments favorisant l'abord des TUA**



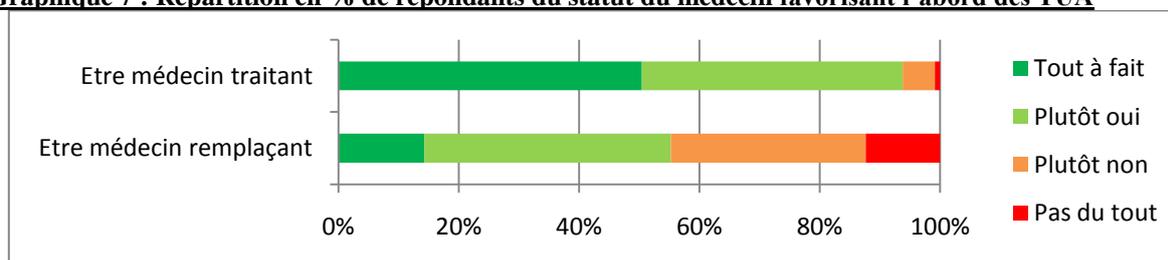
**Tableau 4 : Eléments favorisant l'abord des TUA en % de répondants**

	Tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Pas du tout
Complication somatique	57,76(n=67)	42,24(n=49)	0	0
Initiative du patient	89,26(n=108)	9,92(n=12)	0,83(n=1)	0
Complication socio-professionnelle	54,31(n=63)	39,66(n=46)	6,03(n=7)	0
Etre médecin traitant	50,44(n=57)	43,36(n=49)	5,31(n=6)	0,88(n=1)
Examen complémentaire	34,75(n=41)	57,63(n=68)	7,63(n=9)	0
Initiative de l'entourage	41,38(n=48)	43,1(n=50)	13,79(n=16)	1,72(n=2)
Evocation par un confrère	25,69(n=28)	52,29(n=57)	18,35(n=20)	3,67(n=4)
Associer à la question du tabagisme	32,74(n=37)	44,25(n=50)	18,58(n=21)	4,42(n=5)
Formation spécifique	25,93(n=28)	41,67(n=45)	28,7(n=31)	3,7(n=4)
Etre médecin remplaçant	14,29(n=15)	40,95(n=43)	32,38(n=34)	12,38(n=13)
Utilisation de médias	12,73(n=14)	36,36(n=40)	40,91(n=45)	10(n=11)
Questionnaires validés	12,73(n=14)	30,91(n=34)	43,73(n=47)	13,64(n=15)

## 2. Les difficultés d'abord des problématiques liées aux consommations d'alcool en fonction du statut du médecin généraliste

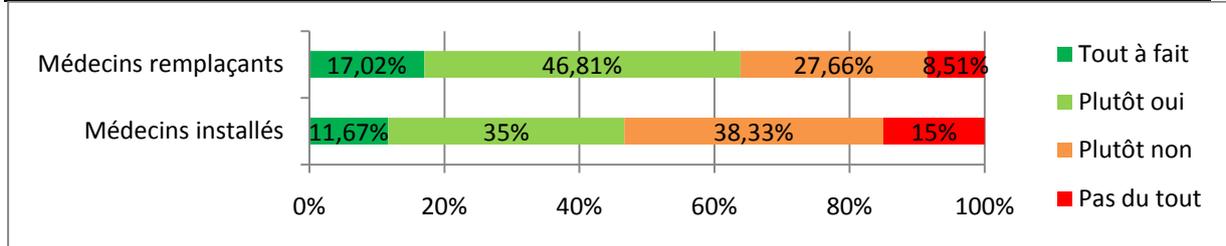
93,80% des répondants considéraient qu'être le médecin traitant favorisait l'abord du sujet (dont 50,44% tout à fait) alors que seulement 55,24% d'entre eux considéraient qu'être dans la situation du médecin remplaçant était alors favorisant (Graphique 7 ; tableau 4).

**Graphique 7 : Répartition en % de répondants du statut du médecin favorisant l'abord des TUA**



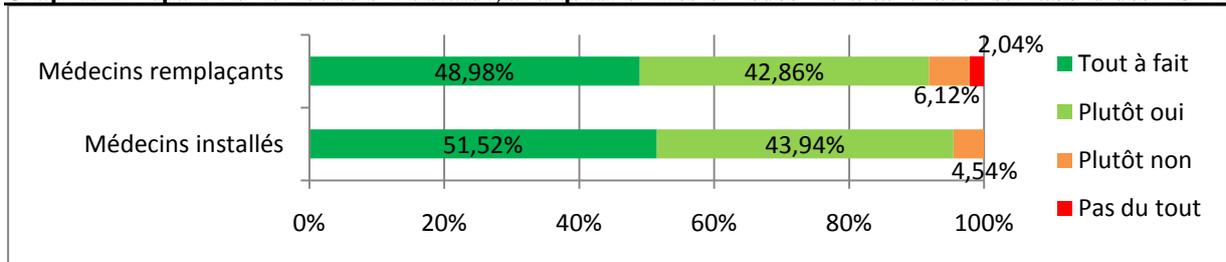
Les médecins remplaçants étaient plus nombreux (63,83%) que les médecins installés (46,67%), à percevoir leur rôle de remplaçant comme favorisant l'abord des problèmes liés aux consommations d'alcool avec le patient. Cette tendance n'était néanmoins pas statistiquement significative ( $p=0.193$ ) (Graphique 8)

**Graphique 8 : Répartition en % selon le statut, à la question : être remplaçant favorise l'abord des TUA ?**



De la même manière, les médecins installés étaient plus nombreux (95,46%) que les remplaçants (81,84%) à percevoir leur rôle de médecin traitant comme étant favorisant. Cette différence était néanmoins nettement moins marquée que pour la précédente et également non statistiquement significative ( $p=0,736$ ) (Graphique 9)

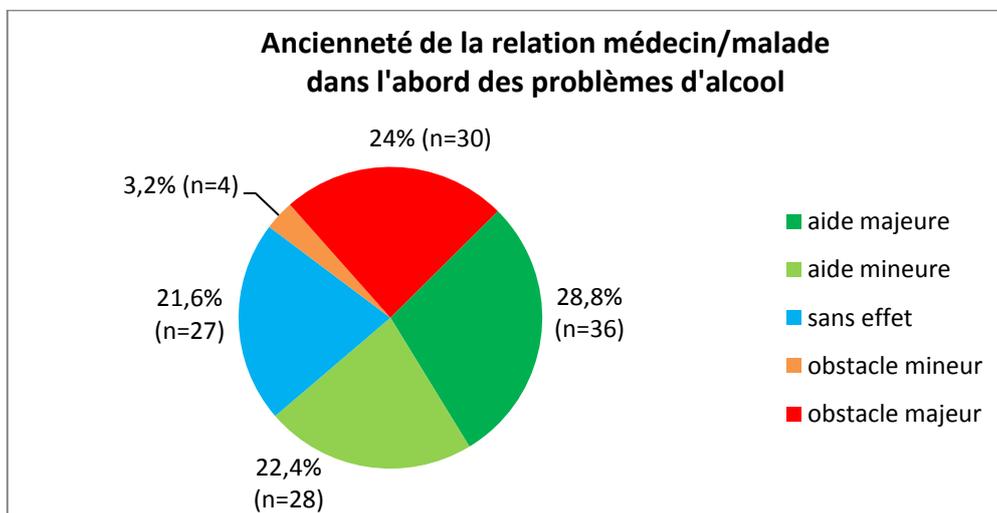
**Graph. 9 : Répartition en % selon le statut, à la question : être médecin traitant favorise l'abord des TUA ?**



### 3. L'ancienneté de la relation médecin/malade

La majorité des répondants (78,4%) considérait que cette ancienneté a un effet sur la possibilité d'aborder en consultation les problématiques liées aux consommations d'alcool.

Elle était majoritairement perçue comme une aide. Néanmoins, l'avis des répondants était plus marqué quand cette ancienneté était perçue comme un obstacle (24% majeur/3,2% mineur) que quand elle était perçue comme une aide (28,8% majeure/22,4% mineure).



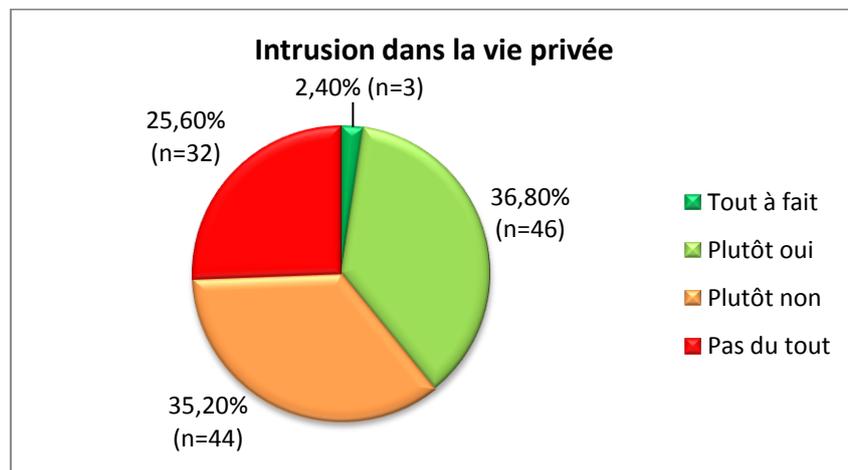
Par ailleurs, les réponses à cette question étaient significativement liées au statut des médecins ( $p=0.001$ ). Les médecins installés donnaient un rôle moins important à l'ancienneté de la relation (dans l'abord des problématiques liées aux consommations d'alcool), tandis que les remplaçants percevaient plus le potentiel obstacle qu'elle peut représenter (tableau 5).

**Tableau 5 : Répartition en % selon le statut, de la perception de l'ancienneté de la relation médecin/malade dans le fait de parler d'alcool avec les patients**

	Aide majeure	Aide mineure	Sans effet	Obstacle mineur	Obstacle majeur
Médecins installés	30,56 %	23,61 %	<b>30,56 %</b>	12,5 %	2,78 %
Médecins remplaçants	27,27 %	21,82 %	9,09 %	<b>38,18 %</b>	3,64 %

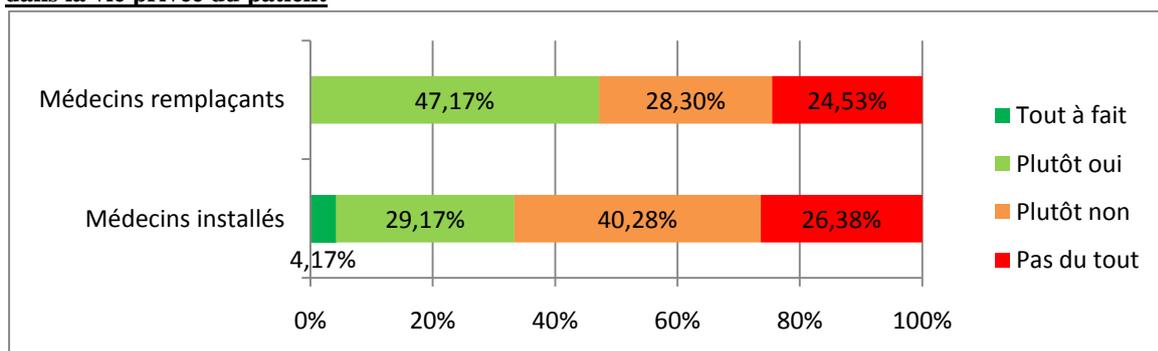
### L. Parler d'alcool, une intrusion dans la vie privée ?

2 médecins sur 5 (39,20%) pensaient qu'évoquer un TUA équivalait à une intrusion dans la vie privée du patient, alors qu'un quart ne le pensait pas du tout (25,60%).



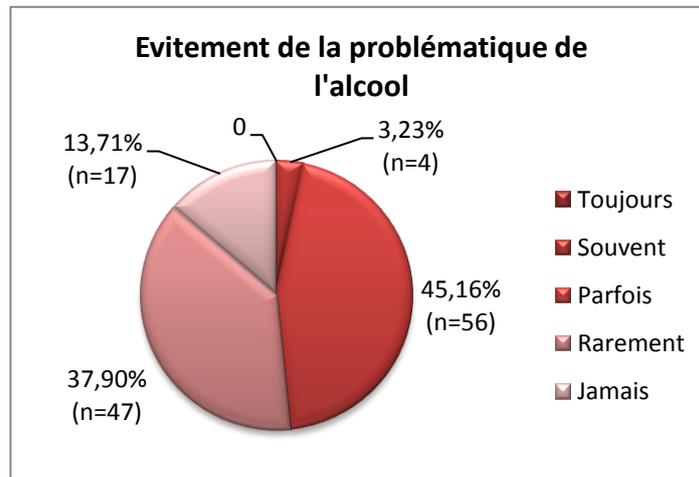
Ces résultats étaient significativement liés au statut ( $p=0,020$ ). Ainsi les médecins remplaçants étaient plus nombreux (47,17%) que les médecins installés (33,34%) à penser qu'évoquer un TUA équivalait à une intrusion dans la vie privée du patient (Graphique 10)

**Graphique 10 : Répartition en % selon le statut, à la question évoquer un TUA équivaut à une intrusion dans la vie privée du patient**



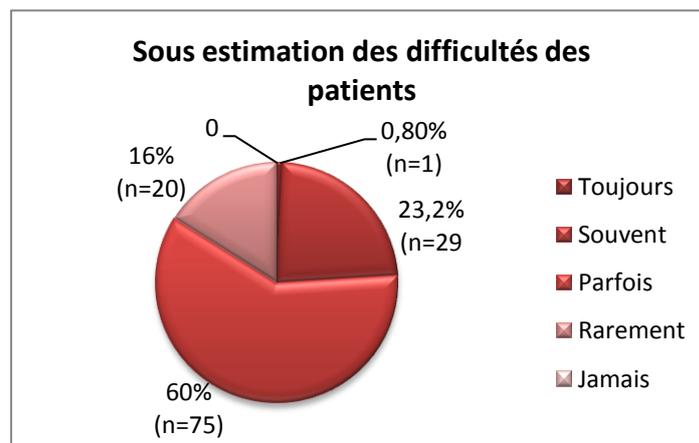
**M. Le sentiment des répondants d'éviter la problématique de l'alcool alors qu'un TUA est fortement suspecté**

Près d'1 médecin sur 2 éprouvait parfois (45,16%) ou souvent (3,23%) ce sentiment.



**N. Le sentiment des médecins généralistes d'avoir tendance à méconnaître ou sous-estimer les difficultés de leurs patients liées à l'usage d'alcool**

Les médecins avaient très largement conscience du fait qu'ils ont tendance à sous-estimer les difficultés de leurs patients liées à l'usage d'alcool (parfois+souvent+toujours =84%).



**O. La perception du TUA par les médecins généralistes**

**1. La perception du problème TUA**

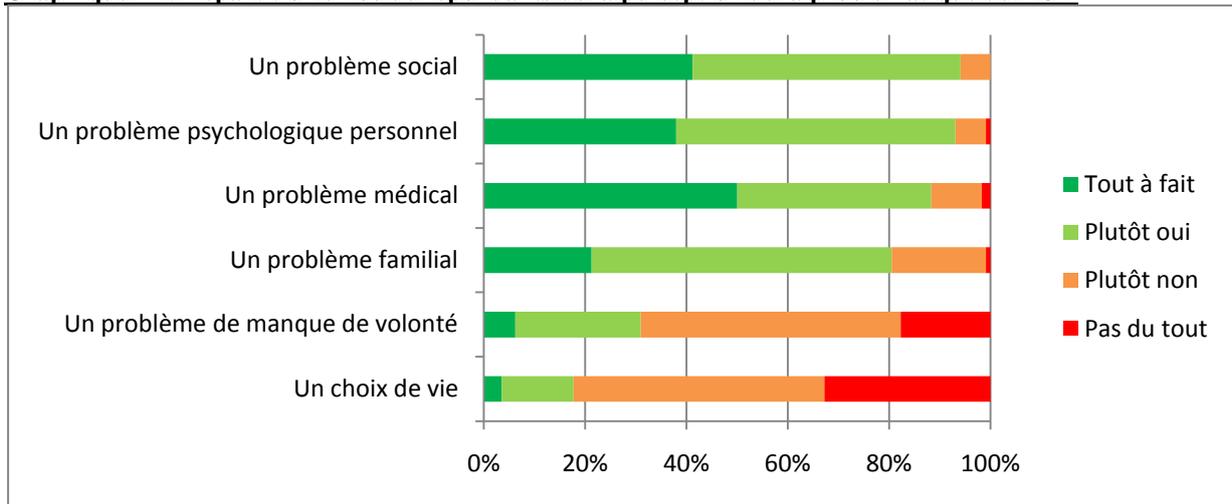
La problématique du TUA était perçue par les médecins répondants comme étant un problème d'ordre social et psychologique par respectivement 94,12% et 93,10% d'entre eux, la moitié étant plutôt d'accord avec cette orientation (Graphique 11 ; Tableau 6).

88,33% des répondants considéraient les TUA comme un problème d'ordre médical, néanmoins l'adhésion à cette vision était plus forte (tout à fait : 50% des répondants)

Les TUA étaient vus comme un problème familial par 80,53% d'entre eux.

Pour près d'un tiers des médecins généralistes (30,97%), les TUA étaient un problème de manque de volonté du patient et 17,70% estimaient que ce trouble est un choix de vie.

**Graphique 11 : Répartition en % de répondants de la perception de la problématique du TUA**

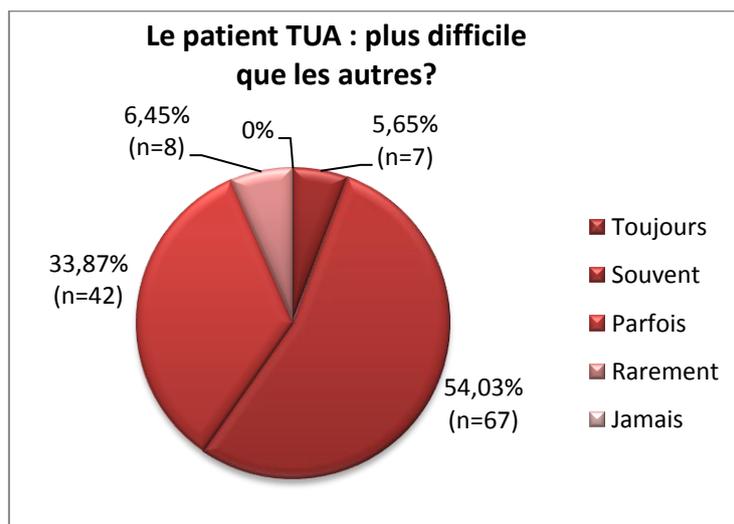


**Tableau 6 : Répartition en % de répondants de la perception de la problématique du TUA**

	Tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Pas du tout
Un problème social	41,18(n=49)	52,94(n=63)	5,88(n=7)	0
Un problème psychologique personnel	37,93(n=44)	55,17(n=64)	6,03(n=7)	0,86(n=1)
Un problème médical	50(n=60)	38,33(n=46)	10(n=12)	1,67(n=2)
Un problème familial	21,24(n=24)	59,29(n=67)	18,58(n=21)	0,88(n=1)
Un problème de manque de volonté	6,19(n=7)	24,78(n=28)	51,33(n=58)	17,70(n=20)
Un choix de vie	3,54(n=4)	14,16(n=16)	49,56(n=56)	32,74(n=37)

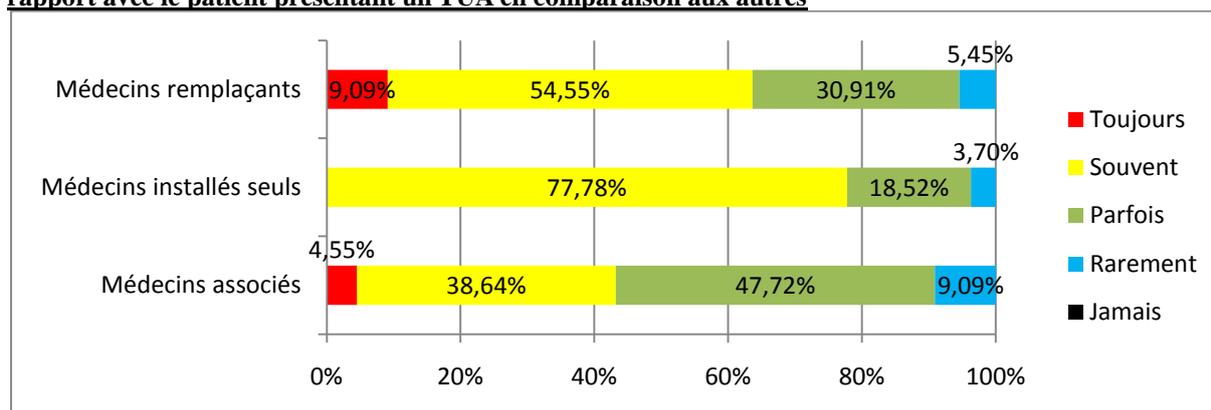
## 2. La perception du patient présentant un TUA

Une majorité des médecins interrogés (54,03%) pensait que les patients qui présentent un TUA sont souvent plus difficiles que les autres.



On remarque une différence de position prédominante entre les médecins installés seuls et ceux en association. Les premiers pensaient à 77,78% que les patients qui présentent un TUA sont souvent plus difficiles que les autres, alors que les seconds ne le pensaient qu'à 38,64%. Cette différence était statistiquement significative ( $p=0,006$ ) (Graphique 12)

**Graphique 12 : Répartition en % selon le statut du médecin de sa perception de la difficulté de son rapport avec le patient présentant un TUA en comparaison aux autres**



### P. La comparaison du patient présentant un TUA avec les autres patients

Les résultats (Tableau 7) permettaient de définir un patient TUA « type » en comparaison avec l'ensemble des patients. Pour les médecins ayant répondu, ce patient:

- 1) est **beaucoup moins dans la reconnaissance de son trouble** que les autres (total de moins à 86,20%)
- 2) nécessite **plus de temps en consultation** (84,62%)
- 3) apparaît **moins fiable dans son discours** (90,09%)
- 4) est **un peu moins observant** (58,04% ; total de moins 91,08%), mais n'est pas plus ni moins **exigeant vis-à-vis des prescriptions médicales** (49,56%)
- 5) est **un peu plus dangereux pour autrui** (total des plus : 67,80%)
- 6) a **un peu moins de volonté** (43,24%)
- 7) est **un peu plus sujet à avoir des réactions négatives** (42,24 %)
- 8) est comparable à l'ensemble des patients en ce qui concerne le **retard aux rendez-vous** et sa **part de responsabilité dans ses problèmes**.

**Tableau 7 : Répartition en % de répondants de leur perception des patients présentant un TUA en comparaison avec la moyenne de l'ensemble des patients**

	Beaucoup plus	Un peu plus	Moyenne	Un peu moins	Beaucoup moins
Reconnaissance du trouble	4,31(n=5)	2,59(n=3)	6,90(n=8)	35,34(n=41)	<b>50,86(n=59)</b>
Nécessite du temps en consultation	29,06(n=34)	<b>55,56(n=65)</b>	10,26(n=12)	0,85(n=1)	4,27(n=5)
Est fiable dans son discours	-	0,90(n=1)	9,01(n=10)	<b>49,55(n=55)</b>	40,54(n=45)
Est observant	-	-	8,93(n=10)	<b>58,04(n=65)</b>	33,04(n=37)
Est exigeant vis-à-vis des prescriptions médicales	1,77(n=2)	15,04(n=17)	<b>49,56(n=56)</b>	23,89(n=27)	9,73(n=11)
Est dangereux pour autrui	16,95(n=20)	<b>50,85(n=60)</b>	24,58(n=29)	2,54(n=3)	5,08(n=6)
A de la volonté	-	1,80(n=2)	41,44(n=46)	<b>43,24(n=48)</b>	13,51(n=15)
Sujet aux réactions négatives	7,76(n=9)	<b>42,24(n=49)</b>	41,38(n=48)	5,17(n=6)	3,45(n=4)
Est en retard aux rendez-vous	4,42(n=5)	19,47(n=22)	<b>61,95(n=70)</b>	6,19(n=7)	7,96(n=9)
Part de responsabilité dans ses problèmes	5,08(n=6)	37,29(n=44)	<b>49,15(n=58)</b>	3,39(n=4)	5,08(n=6)

## **DISCUSSION**

### **I. Les forces et les faiblesses de l'étude**

Cette étude présente différentes limites. Tout d'abord celles liées à l'échantillon. En effet celui-ci est de petite taille. Il présente une surpopulation de médecins remplaçants témoignant d'un biais de sélection. Ce biais peut s'expliquer par plusieurs facteurs :

Premièrement, les médecins remplaçants constituent une population plus jeune que les médecins installés [79]. Ils pourraient présenter plus d'appétence à la participation à un questionnaire via une interface numérique. En effet l'utilisation et la maniabilité de cet outil leur est parfois plus aisée. Deuxièmement, on peut formuler l'hypothèse que la probabilité de participation à l'étude des jeunes médecins est renforcée par l'intérêt plus important qu'ils portent au sujet [80]. Troisièmement, on peut également supposer que les médecins remplaçants disposent de plus de temps à consacrer à la participation au questionnaire. Enfin, la liste de diffusion étant régulièrement utilisée pour des enquêtes de thèse de médecine générale, son utilisation a probablement favorisé un taux de réponses des remplaçants supérieur à celui des installés.

Cette surreprésentation de médecins remplaçants s'accompagne d'une surreprésentation de jeunes médecins entre 25 et 34 ans. Notre échantillon présente également une majorité de femmes, contrairement à la population étudiée. La jeunesse de l'échantillon et cette surreprésentation de femmes témoignent de la féminisation de la profession [79]. De plus, les médecins remplaçants actifs sont plus souvent des femmes [79].

Par ailleurs, la réalisation d'un questionnaire en ligne a été un atout. Son accessibilité (ordinateur, smartphone, tablette...), sa facilité de remplissage et donc sa rapidité en font un outil ayant contribué au bon déroulement de l'étude. Le questionnaire, bien que comportant 23 questions, prenait tout au plus 10 minutes effectives à remplir.

La méthode de prospection a permis de sensibiliser les médecins installés à l'étude et au sujet avant l'envoi du questionnaire. Le fait d'appeler personnellement les médecins a contribué à leur meilleure implication dans l'enquête dans le but d'obtenir un taux de réponse optimal. Ceux qui demandaient plus d'informations sur le sujet par téléphone semblaient très intéressés par les problématiques en lien avec les consommations d'alcool.

Le principal inconvénient d'un questionnaire en ligne était qu'un certain nombre de médecins ne pouvait pas être interrogé : ceux n'étant pas informatisés, même s'il en reste peu, ceux qui refusaient de fournir leur e-mail par crainte de recevoir du courrier indésirable, et ceux qui préféraient le remplissage papier traditionnel par crainte de rencontrer des difficultés pour utiliser un questionnaire en ligne.

J'ai également rencontré un problème technique lors du recueil des données lié à l'interface Google Forms® et sa compatibilité avec le logiciel de navigation Internet Explorer®. En effet, certaines données portant sur les degrés d'intensité ou de fréquence n'ont pu être indiquées par les répondants, ceci expliquant le nombre élevé de fréquences manquantes sur certaines questions. Une relance a été renvoyée à l'ensemble des médecins en précisant le problème technique et en demandant l'utilisation d'un autre navigateur internet. Une question avait été rajoutée en demandant s'ils avaient déjà répondu à l'enquête afin de ne pas créer de doublon. Aucun médecin n'a alors répondu une seconde fois.

Du fait de la petite taille de l'échantillon, il a été choisi d'analyser les statistiques via le test d'homogénéité de variances de Fischer. La plupart des données n'était pas statistiquement significatives. Néanmoins, j'ai décidé de tirer le bénéfice de la surreprésentation de médecins généralistes remplaçants et d'interpréter les résultats concernant cette différence de statut puisque les principaux résultats statistiquement significatifs étaient en lien avec cette différence.

L'étude s'est adressée aux médecins généralistes exerçant dans le département de la Somme. Ce choix géographique avait été réalisé suivant le mode de recueil des adresses e-mails qui consistait en un appel téléphonique préalable. En effet, il paraissait difficile et fastidieux d'appeler l'ensemble des médecins figurant dans les Pages Jaunes® dans une démarche régionale voir nationale. Ce choix a pour conséquence un nombre de répondant relativement faible ne permettant pas d'extrapoler statistiquement les données à la population générale des médecins généralistes.

## **II. Une prise en charge tardive. Une cible mal définie ?**

Rechercher un TUA s'effectuait par nos répondants le plus souvent lorsqu'il existait des éléments de survenue tardive dans la problématique d'une consommation d'alcool. Ils étaient plus de 9 médecins sur 10 à rechercher souvent ou toujours un TUA en cas de signe clinique, de résultat biologique ou de résultat morphologique évocateurs d'une complication. Une proportion de médecins équivalente recherchait souvent ou toujours un TUA en cas de maladie dont l'étiologie pouvait être l'alcool. Les moyens de recherche les plus précoces étaient pourtant délaissés. Ils étaient moins d'1 sur 10 à rechercher un TUA de façon systématique au premier interrogatoire, et seulement 58% à le faire toujours lorsque le patient évoquait ce trouble. Il semble que ce soit le moyen utilisé, plutôt que la précocité du repérage qui fasse réellement défaut. Et ce moyen, c'est le dialogue. Dans une ère, où les examens complémentaires éclipsent partiellement l'anamnèse, on attend d'eux une certitude diagnostique et une preuve ostensible. Ils semblent constituer alors un moyen d'éviter le

« parler ». Mais si la biologie et l'imagerie sont souvent utilisées comme outil de repérage [1] [34], ils révèlent néanmoins des complications de l'alcool dont le traitement ne consiste le plus souvent qu'en une limitation de leur aggravation. Le repérage apparaît alors trop tard et la prévention perd tout son sens. Dialoguer pour repérer est le premier pas vers la prévention, mais les médecins interrogés paraissent user de stratégies d'évitement. L'abord des TUA avec le patient était d'ailleurs favorisé par ces éléments de diagnostic tardifs tels que les examens complémentaires et les complications somatiques ou socioprofessionnelles.

Par ailleurs, il semblerait que pour initier le dialogue, les médecins attendent du patient ou de son entourage, une demande spécifique liée aux TUA. La quasi-totalité des répondants estimait que l'initiative du patient favorisait l'abord des problématiques liées à l'alcool. De même, l'initiative de l'entourage favoriserait ce dialogue pour 84% d'entre eux. Mais les TUA font rarement l'objet d'une demande de soins précoce [60]. La culpabilité et la honte qu'ils peuvent générer sont favorisées par le jugement social du trouble. L'abord du sujet, même avec le médecin et malgré le secret médical, est donc moins spontané. S'ils n'osent pas forcément en parler par crainte d'être jugés, ou parce qu'ils ne sont pas toujours certains de la disponibilité du médecin [81], les patients accueillent pourtant positivement le rôle de prévention de leur médecin dans les addictions à l'alcool [59]. Il appartient donc aux généralistes d'engager le dialogue.

Une autre ligne de lecture pourrait expliquer ce repérage tardif axé sur des éléments objectifs. En effet, la cible du repérage est probablement mal définie par les médecins avec pour conséquence une intervention déclenchée tardivement. La démarche de repérage ne s'entend le plus souvent que pour les sujets à risque [45]. Mais en se focalisant trop étroitement sur les « buveurs réguliers excessifs », on écarte les buveurs non exempts de risques. « Il vaut mieux cibler une population large de buveurs modérés qu'une minorité de « buveurs réguliers excessifs » » [80]. N'existe-t-il pas un amalgame entre alcoolique, alcoolo-dépendant et personne présentant un problème modéré avec l'alcool ? Lorsque l'on parle de problème d'alcool, l'image du patient alcoolo-dépendant ne prend-elle pas toute la place aux dépens du sujet indemne de conséquence physique grave qui présente néanmoins des conséquences entravant occasionnellement sa qualité de vie ? Parce que les problèmes liés à l'alcool ne concernent pas seulement les dommages sanitaires, en particulier pour les patients qui ont une consommation modérée, et parce que les seuils de risque des consommations ont été créés en fonction de ces conséquences sanitaires, on peut se questionner sur l'utilité de ces seuils en médecine générale. La SFA rappelle en 2015 qu'« il semble peu judicieux de les modifier » [8]. Certes la notion de continuum entre les différents modes de consommations stratifiés par ces seuils, est mise en exergue par la SFA, mais cette

vision conditionne les opinions des médecins qui, de fait, concentrent leur dépistage sur des données quantitatives plutôt que qualitatives. Nos répondants semblaient donner traditionnellement de l'importance aux quantités consommées par leurs patients. Mais les pratiques de repérage sont axées sur un mode de consommation ne correspondant plus aux comportements actuels en particulier chez les jeunes [9] [10]. De plus, le risque sanitaire (carcinologique et cérébral) est désormais rapporté pour des consommations même basses [15] [16]. S'affranchir des seuils est peut-être une des solutions pour redéfinir la cible d'un repérage délaissé. C'est ce qu'apporte la notion de TUA du DSM-5 : une autre façon de concevoir les problèmes avec l'alcool. Intégrer l'ensemble des patients dans une stratification horizontale sans occulter pour autant une vision verticale du problème : le patient présente un problème avec l'alcool, ce problème est d'une sévérité très variable. Ainsi un repérage précoce, sur une population plus large, semble plus aisé. Pour l'OFDT « Ce changement de conception devra conduire à faire évoluer la mesure du nombre de personnes présentant un comportement de consommation d'alcool défini comme problématique » [12].

Enfin, la position du médecin généraliste dans ce repérage est floue. Le psychiatre et addictologue Marc Valleur [82], tentait de redéfinir la position de l'addictologie, à travers trois regards : clinique, scientifique et de santé publique. Pour le médecin généraliste en cabinet, ces trois façons d'appréhender l'addiction à l'alcool sont mêlées. Il est avant tout un clinicien, dont le cœur de métier est de prendre en charge certaines souffrances exprimées par les patients et le plus souvent liées à une plainte. Pour les problématiques liées à l'alcool, une intervention se justifierait donc devant une souffrance cliniquement significative. Mais, le médecin généraliste est également un scientifique, de plus en plus impliqué dans la recherche, rôle qui semble se renforcer avec la mise en place du DES de médecine générale. Dès lors, il vise également à découvrir le critère objectif de l'addiction, celui qui pourrait être inscrit dans le corps. Pour finir, le médecin généraliste est également un acteur de santé publique, chargé entre autres de veiller à la couverture vaccinale de la population, aux dépistages organisés des cancers colorectaux etc. Il est un acteur de prévention. Selon cette dimension, son rôle intervient en amont de la souffrance cliniquement significative, dans la prévention des risques liés aux consommations. En tant que médecin généraliste, à la fois clinicien, scientifique, à charge de travailler dans le sens de la santé publique, la cible du repérage des problématiques liées à l'alcool peut se définir à travers ces trois regards. Dès lors, à quelle place est le médecin généraliste face à un patient donné ? Comment concilier ces trois approches faisant pourtant appel à des missions, démarches et logiques bien distinctes, voir potentiellement conflictuelles entre elles ? Quelle attitude adopter face à un patient qui dit consommer de

l'alcool, mais sans signe de souffrance associée ? Se limiter à ses demandes et à ses plaintes, invoquer les mécanismes cérébraux de la cognition, ou tenter de prévenir les risques auxquels sa consommation l'expose ? Le rôle du médecin généraliste dans l'abord des problématiques liées aux consommations d'alcool tend ainsi à être redéfini.

Le repérage se veut le plus précoce possible. Il est dans l'intérêt du patient de prévenir le risque alcool dont les effets peuvent être conséquents à court et long termes. Avec une prévalence importante [7] [62] et nettement sous-évaluée par les généralistes au sein de leur patientèle [64], les problématiques liées à l'alcool sont peu souvent prévenues, repérées ou tout simplement évoquées. Elles le semblent sinon que trop tardivement. Il paraît exister, d'une part, un accord tacite entre le médecin et son patient de ne pas parler d'alcool tant qu'il n'y a pas de complication. D'autre part, les médecins paraissent éprouver des difficultés à engager le repérage de façon précoce.

### **III. Le repérage : une mission difficile, des obstacles bien réels ?**

Les obstacles au repérage d'un TUA les plus fréquemment cités étaient ceux que l'on retrouve traditionnellement dans d'autres études [1] [34] [73] [74] [76]. Ils étaient, selon les médecins interrogés très nettement liés aux patients eux-mêmes. Chez environ 90% des répondants, le manque de fiabilité de la consommation déclarée d'alcool, la difficulté des patients à reconnaître leur trouble, leur réticence à leur prise en charge et le refus du patient d'en parler constituaient des obstacles forts au repérage, souvent qualifiés de majeurs par les praticiens. Il apparaît important de préciser que ces obstacles ne sont non pas décrits lors du suivi thérapeutique, mais dès la phase de repérage. A l'inverse, il semblerait que le médecin lui-même, ne pourrait faire obstacle au repérage s'il éprouvait une gêne personnelle (88%) ou un manque d'intérêt pour la pathologie (70%). S'ils semblaient fortement imputer aux patients la responsabilité des difficultés rencontrées dans le repérage des TUA, les médecins évoquaient également des obstacles liés à leurs conditions d'exercice, mais ceux-ci étaient majoritairement qualifiés de mineurs. Ces derniers obstacles semblent mineurs car modifiables par le médecin. La formation en addictologie et les structures de soins spécialisées sont accessibles et de plus en plus plébiscitées par les institutions de santé pouvant atténuer le sentiment d'impuissance ou de solitude dans la prise en charge. Le manque de temps en consultation est finalement dépendant de la volonté propre du généraliste, d'autant plus que certains tests de repérage [39] [41] et l'intervention brève, ne nécessiteraient que quelques minutes à leur réalisation. La présence d'un tiers en consultation et l'écart avec le motif de consultation initial semblent quand à eux évoquer une réticence propre du médecin à engager la discussion dans une situation qui n'est pas idéale.

#### IV. Est-il difficile d'aborder avec les patients, les problèmes liés aux consommations d'alcool ?

Plus des deux tiers des répondants éprouvaient des difficultés de façon occasionnelle dans l'abord des problématiques liées à l'alcool et 12% d'entre eux en rencontraient souvent. On sait que la facilité à aborder un thème avec les patients est fortement liée au fait que le médecin considère la prévention sur ce thème comme faisant partie de son rôle [45]. Dans notre étude, une grande majorité de médecins considérait être les acteurs de santé les mieux placés dans ce domaine. Mais le lien entre rôle ressenti et facilité d'abord ne se vérifiait pas au niveau national pour le thème alcool [45] puisque les médecins estimaient que « c'est l'un des thèmes les plus difficiles à aborder malgré leur sentiment d'avoir tout à fait un rôle à jouer dans la prévention de l'alcoolisme » [45]. Les problématiques liées à l'alcool sont aussi difficiles pour les médecins à aborder que d'autres telles que la consommation de drogue, la vie affective ou les relations sexuelles [45]. Même si près de 9 répondants sur 10 pensaient que leur gêne personnelle ne constituait pas un obstacle dans le repérage des TUA, près de 40% d'entre eux considéraient qu'en parler équivalait à une intrusion dans la vie privée des patients avec la dimension d'intimité qu'elle comporte. Certains pourraient donc être réticents dans l'abord des TUA mais iraient au-delà de leur propres freins. En tout cas il apparaît clair que les médecins exemptent leur propre implication dans l'existence d'une gêne. Les facteurs de gêne qu'ils évoquaient étaient principalement liés à l'idée qu'ils se font des patients, rejetant en bloc leur propre représentation. Plus de 93% des généralistes interrogés, considéraient que leur idée de l'alcool en général, que leur consommation personnelle et que l'existence dans leur entourage d'un patient présentant un TUA, n'étaient pas susceptibles de provoquer chez eux de la gêne. Pourtant, des travaux ont montré que les médecins qui présentent eux-mêmes des difficultés en lien avec leur consommation d'alcool, voir une consommation sans problème mais quantitativement élevée, éprouvaient plus de difficultés dans l'abord des problèmes d'alcool avec leurs patients [83]. De plus, l'INSERM rappelle qu'« en symétrie au déni du patient, le praticien peut renvoyer son propre déni quant à sa propre consommation du produit » [20]

Le fait que le patient ne soit pas seul en consultation renforce le sentiment de toucher à l'intime et pourrait expliquer la possibilité d'une gêne évoquée chez 72% des généralistes.

En anticipant les réactions du patient, le médecin pourrait se désinvestir de sa mission. D'ailleurs, un peu moins de la moitié des répondants (45%) estimait avoir parfois le sentiment d'éviter cette problématique malgré leur forte suspicion de TUA. Deehan avait montré que des médecins généralistes pensaient à 45% que rechercher les problèmes liés à l'alcool en crée davantage qu'il n'en résout [84]. Dans cette même étude, 60% des praticiens pensaient que diagnostiquer et traiter était plus intéressant que la promotion de la santé.

Si aborder la question de l'alcool est bien reconnu comme difficile, l'existence d'une gêne personnelle inhérente au médecin n'est toujours pas clairement évoquée par les protagonistes. Une étude avait montré que 70% des généralistes interrogés ne déclaraient spontanément pas de gêne à parler d'alcool et 91% d'entre eux ne considéraient pas le sujet alcool comme tabou [76]. Mais il existe néanmoins des freins au libre dialogue dans ce domaine. Ceux-ci étaient majoritairement attribués aux patients par les médecins, s'inscrivant dans une construction des représentations qu'ils se font du patient présentant un TUA.

#### V. Les représentations du patient présentant un TUA par les médecins généralistes exerçant dans la Somme

Les TUA étaient avant tout perçus par les médecins ayant répondu à l'enquête comme un problème psychologique et un problème social par près de 94% d'entre eux, devant la vision médicale du problème. Ils étaient néanmoins la moitié à penser que les TUA sont tout à fait un problème médical, en accord avec leur sentiment d'être les acteurs les mieux placés dans ce domaine. 4 médecins sur 5 à considéraient ce problème comme d'ordre familial, conscients du fait que les conséquences d'un TUA touchent l'ensemble des membres d'une famille, que le fonctionnement familial peut avoir un rôle dans la genèse et l'évolution d'un TUA chez un de ses membres, ou bien supposant l'existence d'une filiation héréditaire de ce trouble. Les patients semblaient être perçus comme victimes de leur problème, n'ayant pas fait le choix de vivre avec pour 82% des médecins. Nonobstant ces derniers refusaient en partie de les affranchir de leur part de responsabilité au même titre que la population générale dans l'enquête EROPP [67], puisque 30% considéraient le TUA comme un problème de manque de volonté et 17% comme un choix de vie.

Corroborant les remarques sur la difficulté à parler d'alcool, les patients présentant un TUA étaient perçus par les médecins généralistes comme souvent plus difficiles que les autres par plus de la moitié des répondants. Les résultats permettaient de définir un patient TUA « type » en comparaison avec l'ensemble des patients. Ce patient est beaucoup moins dans la reconnaissance de son trouble, apparaît moins fiable dans son discours, a un peu moins de volonté et nécessite un peu plus de temps en consultation que les autres. Ces représentations pourraient expliquer le fait que certains obstacles au repérage, et certains facteurs de gêne rapportés étaient attribués aux patients. En effet, la façon dont le praticien perçoit son patient est décisive dans la prise en charge puisque ses représentations conditionnent ses attitudes [85]. Mais comment entreprendre un repérage puis un suivi thérapeutique dans une relation de confiance mutuelle si plus de 9 médecins sur 10 doutent de la fiabilité du discours de leur patient dans ce domaine ? Ces chiffres sont d'autant plus marquants que la définition même

du TUA englobe aussi bien les patients alcoolodépendants que les patient présentant un risque faible. La très grande variabilité de ces patients et les représentations rapportées des répondants renforcent l'idée qu'il existe un fort amalgame des médecins dans leur représentation du patient TUA. Ils sont probablement victimes du « trou noir sociologique » [70] existant entre les patients ne présentant pas de risque associé à leur consommation et les patients alcoolodépendants représentés par l'ivrogne, menteur, irresponsable et dans le déni. Les facteurs liés aux patients qui incitaient le médecin à rechercher un TUA (déficit d'hygiène corporelle, absence d'activité professionnelle, consommation en solitaire et isolement social) renforcent cette perception. Si le lien entre précarité et problématiques liées à l'alcool est établi mais sans lien de causalité [10] [62] [86] [87], il semble que la perception des médecins soit peu objective (8 répondants sur 10 déclaraient se fier toujours ou souvent à leur intuition pour rechercher un TUA), collant avec une image fortement marquée sociologiquement. D'ailleurs la consommation exclusive en situation sociale n'était pas considérée ici comme un facteur incitant le médecin à rechercher un TUA pour la moitié d'entre eux. En devient-elle une situation faussement rassurante pour le praticien parce que socialement admise ? D'après Gaussot [71] la normalité du buveur s'inscrit dans les représentations négatives du mauvais buveur. Elles sont le garde-fou du passage dans l'univers problématique que le buveur « normal » tend à noircir comme pour contrebalancer la tentation-fascination qu'exercent sur lui les effets de l'alcool. Cet univers problématique, et le stéréotype qui y est attaché, devient alors stigmaté. Pour Goffman [88] le stigmatisé le devient par sa non correspondance à la norme et l'appartenance au groupe « déviant ». La discrimination des stigmatisés par les normaux et le fait que le stigmaté ait tendance à se répandre font que les normaux refusent de s'inclure dans le groupe opposé. Ainsi, donner une image très négative de l'alcoolique pourrait expliquer ce « trou noir sociologique » [70] et l'absence de représentation sociale du buveur dont la consommation problématique n'entraîne pas de conséquence visible, suffisamment marquées pour le considérer comme l'alcoolique dont on se fait l'image. Les médecins ne semblent pas exempts de ces représentations. Le stigmaté naît de la représentation qu'on va s'en faire, il est lié à des stéréotypes. Les stéréotypes du patient en situation problématique avec sa consommation d'alcool semblent involontairement véhiculés par les généralistes eux-mêmes. Ainsi, ces éléments de compréhension paraissent être des hypothèses intéressantes pour expliquer les « raisons sociologiques extrêmement fortes [qui] empêchent le repérage et le traitement des troubles liés à l'alcool » selon le rapport du CFES [65].

Les médecins sous-estiment le nombre de patients qui présentent un TUA dans leur patientèle [7] [62], passant probablement à côté de ceux qui ne correspondent pas à l'image

qu'ils s'en donnent. Bien que cela soit rarement admis par les médecins, l'alcool représente toujours un tabou [89], certainement pour les patients, mais également pour les praticiens. Ce tabou est le résultat des représentations construites par les médecins dans une histoire sociologique commune. Il est responsable de grandes difficultés de communication entre le médecin et son patient au sujet de l'alcool. Parallèlement à cela, l'implication des généralistes est freinée par une banalisation socioculturelle du « boire » [90]. Cette banalisation dessine un obstacle puissant au repérage précoce d'un nombre important de consommateurs problématiques. Tabou et banalisation se traduisent au final par des pratiques d'abstention dans la démarche de prévention du risque lié aux consommations d'alcool.

## VI. Le médecin remplaçant, le médecin traitant et la relation médecin malade

Il était légitime de s'interroger sur la position du médecin remplaçant dont la pratique n'exclut pas une relation médecin/malade de confiance malgré une durée limitée dans le temps et malgré le fait que le patient ne choisisse pas le médecin remplaçant. Ainsi la place du médecin traitant était perçue par les répondants comme bien plus favorisante (94%) que celle des médecins remplaçants (55%) dans l'abord des TUA. On a pu observer la tendance, certes non statistiquement significative, que chacun considérait son propre statut comme plus favorisant que les autres.

L'ancienneté de la relation médecin malade était perçue par un peu plus de la moitié des médecins répondants comme étant une aide à parler d'alcool. Une proportion équivalente pensait néanmoins que l'ancienneté de cette relation constitue un obstacle pour parler d'alcool avec les patients. La vision de l'ancienneté divise parce qu'elle comporte des dimensions opposées. En effet, si l'ancienneté de la relation médecin/malade s'inscrit dans une relation de confiance entre le médecin et son patient, pouvant alors faire tomber les barrières des questions sensibles, elle peut aussi bien les renforcer. Le médecin de famille, parfois même l'ami, peut devenir alors une personne dont le regard et le jugement -s'il en est- pourraient accentuer le sentiment de honte, de gêne voire de déni des patients présentant des problématiques liées à l'alcool. De plus, dans le système libéral des soins primaires français, le patient est le « client » du praticien. L'approche du problème « alcool » peut créer un fonctionnement conflictuel du couple soignant/soigné [20].

Les remplaçants percevaient plus que les installés cette ancienneté comme un obstacle au repérage, et l'abord des questions d'alcool comme une intrusion dans la vie privée des patients. Ces différences statistiquement significatives pourraient définir le médecin remplaçant comme un « *outsider* ». Celui pour qui il est plus difficile d'aborder cette question « intime » mais qui apparaît aux yeux du patient plus neutre que le médecin de famille parce

qu'extérieur à la relation. En effet, les patients acceptent en grande majorité de consulter le médecin remplaçant sans hésitation dans une relation de confiance et conçoivent cette consultation comme une opportunité d'aborder de nouveaux sujets [91]. La position des médecins remplaçants n'est pas négligeable puisque leur nombre est en très forte hausse et les prévisions démographiques vont dans ce sens [79].

Par ailleurs, il existait une différence de perception des patients selon le statut des médecins. Les médecins installés seuls percevaient plus que les médecins associés, leurs patients présentant un TUA comme plus difficiles que les autres. Cette différence statistiquement significative pourrait être symptomatique de l'isolement des médecins généralistes exerçant seuls ou de la difficulté d'une prise en charge dans une unique relation de couple soignant/soigné.

Le médecin traitant semble se considérer dans une position confortable voire légitime dans l'abord des problèmes d'alcool. La relation de confiance qu'il a créé au fil des années avec son patient est, selon lui, un atout au libre dialogue. Mais on peut alors s'interroger sur la majoration d'une gêne du patient qu'engendre cette relation dans l'abord des sujets sensibles, en particulier celui des TUA.

## VII. La formation en addictologie

Plus de la moitié des répondants n'avait jamais bénéficié de formation en addictologie. Parmi les formés, une proportion importante n'avait bénéficié que d'une formation universitaire dont on peut penser qu'elle concernait les praticiens les plus jeunes, cette formation étant inscrite dans les programmes universitaires depuis moins de 10 ans. Si le RPIB est également au programme des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé (DPC) pour la période 2016 à 2018 [80], il apparaît que la formation en addictologie en général et sur le problème alcool en particulier est lacunaire chez de nombreux médecins. Certes les médecins généralistes ont une obligation de formation, mais le choix des thèmes abordés est libre. L'intérêt du praticien pour le sujet est donc décisif dans son implication. Mais il semble qu'il n'envisage que rarement la formation comme un moyen d'améliorer sa facilité à aborder les problèmes d'alcool. Ils n'étaient ici que deux tiers à penser qu'elle pouvait le faire. Et pourtant la connaissance du sujet et sa maîtrise, ont un impact considérable sur les pratiques par modification des représentations du patient qu'a le médecin. L'OFDT a étudié cet effet de la formation au RPIB [74], concluant à une meilleure connaissance de la prévalence de patients qui présentent un problème avec l'alcool, ainsi qu'une modification de leur perception se traduisant par une

meilleure implication des médecins et un meilleur repérage des patients. Les obstacles au repérage qu'on leur prêtait s'amenuisaient comme si le praticien formé déchargeait le patient de sa part de responsabilité dans l'échec de la prise en charge des problématiques liées à l'alcool. Les médecins sont demandeurs de formation mais ne reconnaissent pas forcément son utilité dans le domaine de l'alcool. En 2011, ils étaient en Picardie 86% à considérer que leur profession avait besoin de formation au RPIB [34], mais 6 ans plus tard ils ne semblent pas en avoir bénéficié. Si le manque d'intérêt personnel pour la pathologie ne constituait pas un obstacle au repérage des TUA pour 70% de nos répondants, peut-être en constitue-t-il un au désir de formation ?

Pourtant leur diffusion semble peu compliquée à mettre en œuvre. On sait par exemple qu'un programme de formation constitué d'une seule visite au cabinet et de conseils par téléphone augmente le taux de repérage et de pratique de la relation d'aide brève par les médecins généralistes de près de 50 % [1]. Par ailleurs, il semble que malgré son inclusion dans le cursus universitaire, la formation à l'addictologie soit limitée et peu valorisée.

Il appartient donc aux généralistes de s'impliquer pleinement dans la prise en charge des problématiques liées à l'alcool, en accentuant leur démarche sur un repérage précoce et large. Cette implication des médecins passe par une remise en question de leur pratique qui, en soit, est déjà formatrice [92].

## CONCLUSION

Le médecin généraliste est au cœur de l'ensemble des problématiques liées aux consommations d'alcool, bien au-delà de son rôle de soignant. Pourtant, il semble démuné face aux difficultés qu'il rencontre dans leur repérage. Les patients présentant un problème en lien avec la consommation d'alcool constituent une cible mal définie par les praticiens qui s'attachent trop souvent aux seuls patients à risque ou alcoolodépendants. Cette cible tend à être redéfinie pour les professionnels de santé. Dans cette perspective, la notion de TUA a cette force de pouvoir élargir le spectre de repérage.

Certes parler d'alcool demeure difficile, et le tabou qu'il constitue toujours est un frein au libre dialogue. Mais les représentations qu'ont les médecins généralistes des TUA, semblent encore être très marquées par des conceptions sociales, historiques et culturelles véhiculant stigmates et stéréotypes. La réduction des risques et des dommages (RdRD) fait du consommateur un acteur responsable lui redonnant la confiance qu'il mérite. La relation soignant/soignée peut être une force autant qu'une faiblesse dans ce domaine tant la vision paternaliste des médecins généralistes demeure. Certes ils se sentent investis de leur mission mais on peut s'interroger sur les limites d'une prise en charge unidisciplinaire. Il apparaît pertinent de favoriser le développement de prises en charge partagées entre médecins et infirmiers cliniciens, formés par exemple dans le cadre de l'expérimentation ASALEE «Action de Santé Libérale en Equipe ». Le rôle du médecin remplaçant est à inclure dans cette équipe, puisqu'il est souvent accueilli positivement par les patients.

L'intérêt des médecins pour la problématique de la consommation d'alcool est généré par une meilleure connaissance de celle-ci. La formation aux addictions, et en particulier au RPIB, est une condition nécessaire à la valorisation du repérage des TUA. Elle permet aux médecins d'engager plus précocement le dialogue, d'avoir confiance en leur démarche et leur efficacité, mais elle atténue également leurs représentations négatives de leurs patients rendant l'ensemble du processus de prise en charge plus fluide. La formation à l'addictologie est insuffisante. Sa promotion passe au niveau universitaire par l'augmentation du nombre d'heures et son inclusion dans les programmes dès l'externat. Les médecins installés ou remplaçants doivent avoir accès à des programmes de formation dans une approche globale des addictions. Les médecins relais, généralistes formés à l'addictologie pouvant venir en aide à leurs confrères, sont peut-être une piste à valoriser. Enfin, l'inclusion dans la Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) d'une consultation longue de repérage et de prise en charge des addictions à la nomenclature, peut être un élément favorisant l'intérêt des praticiens pour la problématique, leur désir de formation et la prise en charge.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- [1] Primary Health Care European Project on Alcohol (PHEPA), Anderson P, Gual A, Colom J. Alcool et médecine générale - Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brève [en ligne]. 2008 [consulté le 4 août 2016]. Disponible sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1146.pdf>
- [2] Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009. Bull Épidémiol Hebd INVS. 7 mai 2013; (16-17-18) : 163-8.
- [3] Paille, F, Reynaud, M. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. Bull Epidémiol Hebd. 2015 ; 7 : 24-25. Disponible sur: [http://opac.invs.sante.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=10069](http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=10069)
- [4] Kopp P. Le coût social des drogues en France [En ligne]. OFDT. 2015 p. 10. Disponible sur <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxpkv9.pdf>
- [5] INCa. Plan Cancer 2014-2019.[En ligne] [consulté le 6 avr 2017]. Disponible sur <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019>
- [6] MILDECA. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Plan d'actions 2016-2017 [En ligne]. 2015. Disponible sur [http://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/mildeca-plan\\_actions\\_2\\_2016\\_2017.pdf](http://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/mildeca-plan_actions_2_2016_2017.pdf)
- [7] Huas D, Allemand H, Loiseau. Prévalence du risque alcool et des maladies liées à l'alcool dans la clientèle adulte du généraliste. Rev Prat Med Gen. 1993; (203) : 39-44.
- [8] SFA, EUFAS, ANPAA. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. Alcoologie et addictologie. 2015 ; 37: 5-84.
- [9] Richard J-B, Palle C, Guignard R, Nguyen-Thanh V, Beck F, Arwidson P. La consommation d'alcool en France en 2014. Évolutions N°32. INPES - OFDT. [En ligne] 2015 [consulté le 4 août 2016] Disponible sur <http://www.e-biotechno.fr/wp-content/uploads/2012/07/Etude-alcool-chez-les-jeunes.pdf>
- [10] Pilka S, Le Nézet O, Ngantcha M, Beck F. Les drogues à 17 ans : Analyse de l'enquête ESCAPAD 2014. Tendances. 2015; 100:8 p.
- [11] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Atlas des usages de substances psychoactives: 2010 : analyses régionales du Baromètresanté de l'Inpes. Saint-Denis : Éditions INPES; 2008.
- [12] OFDT. Alcool - Synthèse des connaissances - OFDT [En ligne] [consulté le 4 août 2016]. Disponible sur <http://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/>
- [13] Inserm (dir.). Alcool : Effets sur la santé. Rapport. Paris : Les éditions Inserm, 2001, XII-358 p. (Expertise collective) Disponible sur <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/168>
- [14] Smith-Warner SA, Spiegelman D, Yaun S-S, Van Den Brandt PA, Folsom AR, Goldbohm RA, et al. Alcohol and breast cancer in women: a pooled analysis of cohort studies. Jama. 1998;279(7):535-540.
- [15] Holmes J, Angus C, Buykx P, Ally A, Stone T, Meier P, et al. Mortality and morbidity risks from alcohol consumption in the UK: analyses using the Sheffield Alcohol Policy Model (v.

- 2.7) to inform the UK Chief Medical Officers' review of the UK lower risk drinking guidelines. Sheff ScHARR Univ Sheff [En ligne]. 2016 [consulté le 31 mars 2017] Disponible sur [https://www.shef.ac.uk/polopoly\\_fs/1.538671!/file/Drinking\\_Guidelines\\_Final\\_Report\\_Published.pdf](https://www.shef.ac.uk/polopoly_fs/1.538671!/file/Drinking_Guidelines_Final_Report_Published.pdf)
- [16] Topiwala A, Allan CL, Valkanova V, Zsoldos E, Filippini N, Sexton C, et al. Moderate alcohol consumption as risk factor for adverse brain outcomes and cognitive decline: longitudinal cohort study. *BMJ*. 6 juin 2017;j2353.
- [17] Renaud S de, de Lorgeril M. Wine, alcohol, platelets, and the French paradox for coronary heart disease. *The Lancet*. 1992;339(8808):1523–1526.
- [18] Beck F, Richard J, Dumas A, Simmat-Durand L, Vandentorren S. Enquête sur la consommation de substances psychoactives des femmes enceintes. *Santé En Action*. 2013;423:5–7.
- [19] Académie de Médecine. L'alcoolisation foetale: de nouveaux outils efficaces [En ligne] communiqué de presse du 24 mars 2016. Disponible sur <http://www.academie-medecine.fr/alcoolisation-foetale-de-nouveaux-outils-efficaces>
- [20] Inserm (dir.). *Alcool : Dommages sociaux, abus et dépendance. Rapport*. Paris : Les éditions Inserm, 2003, XXII- 536 p. Disponible sur <http://ipubli-inserm.inist.fr/handle/10608/154#sthash.ujeGltFS.dpuf>
- [21] Klingemann H. *L'alcool et ses conséquences sociales : la dimension oubliée*. Copenhague : OMS, 2001 : 16 p.
- [22] Observatoire national interministériel de la sécurité routière (ONISR), *La sécurité routière en France, bilan de l'année 2015* Paris, La Documentation française, 179 p.
- [23] Laumon B, Gadekbeku B, Martin J L. S. A. M. *Stupéfiants et accidents mortels (étude SAM)*. Observatoire Français des drogues et des Toxicomanies (OFDT) 2005.
- [24] Français O. *Drogues et toxicomanie en France* [En ligne] Tendances. 1999 [cité le 20 avr 2017] Disponible sur <http://ofdt-fr.adhara.coteo.com/BDD/publications/docs/tend9.pdf>
- [25] Bègue L, Arvers P, Subra B, Bricout V, Perez-Diaz C, Roché S, et al. *Alcool et agression : consommations et représentations de la part des auteurs et des victimes d'agression [Programme VAMM 1] Etude évaluative sur les relations entre violence et alcool pour la Direction Générale de la Santé (Conv. MA 05 208)*, 2008, 102 p.
- [26] OMS. *CIM--10/ICD-10 : Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. Paris: Masson; 1993.
- [27] WHO [En ligne]. *OMS | Syndrome de dépendance* [Consulté le 5 août 2017]. Disponible sur: [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/definition1/fr/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/)
- [28] *DSM -- IV - TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris: Elsevier Masson; 2002.
- [29] SFA. *Recommandations pour la pratique clinique. Alcoologie et Addictologie 2001 ; 23 (4 Suppl.) : 1S-76S*
- [30] Wu, A, Chanarin, I, Slavin, G, Levi, AJ. Folate deficiency in the alcoholic-its relationship to clinical and haematological abnormalities, liver disease and folate stores. *British journal*

- of haematology. 1975;29(3), 469-478.
- [31] Meerkerk GJ, Njoo KH, Bongers IM, Trienekens P, Van Oers JA. Comparing the diagnostic accuracy of carbohydrate-deficient transferrin, gammaglutamyltransferase, and mean cell Volume in a general practice population. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*. 1999;23, 1052-1059.
- [32] Sillanaukee P. Laboratory markers of alcohol abuse. *Alcohol Alcohol*. 1996;31(6):613–616.
- [33] Stibler H. Carbohydrate-deficient transferrin in serum: a new marker of potentially harmful alcohol consumption reviewed. *Clin Chem*. 1991;37(12):2029–2037.
- [34] Raja A. Etat des lieux en Picardie, de la pratique du repérage précoce de l’usage abusif d’alcool, en Médecine Générale. [Thèse] Université d'Amiens. 2011.
- [35] Pokorny AD, Miller BA, Kaplan HB. The brief MAST: A shortened version of the Michigan Alcoholism Screening Test. *Am J Psychiatry*. 1972;129(3):342–345.
- [36] Luquiens A, Whalley D, Laramée P, Falissard B, Kostogianni N, Rehm J, et al. Validation of a new patient-reported outcome instrument of health-related quality of life specific to patients with alcohol use disorder: the Alcohol Quality of Life Scale (AQoLS). *Qual Life Res*. juin 2016;25(6):1549-60.
- [37] 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. *Addiction*. 1993;88(6):791–804.
- [38] Himpens J. Prise en charge du patient alcoolodépendant en médecine générale : synthèse des outils de dépistage et des traitements basée sur une revue systématique de la littérature [En ligne] [Thèse] Université Lille 2. 2015 [Consulté le 4 août 2016]. Disponible sur <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/cb6646b1-cffc-48e4-8f70-cc8d30940ef5>
- [39] Bush K, Kivlahan DR, McDonnell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): An Effective Brief Screening Test for Problem Drinking. *Arch Intern Med*. 1998;158(16):1789-95.
- [40] Bradley KA, DeBenedetti AF, Volk RJ, Williams EC, Frank D, Kivlahan DR. AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007 ;31(7):1208-17.
- [41] HAS. Outil d’aide au repérage précoce et à l’intervention brève. Alcool, Cannabis, Tabac chez l’adulte. [En ligne]. 2014. Disponible sur [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil\\_rpib\\_v2.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_rpib_v2.pdf)
- [42] Arfaoui S, Dewost AV, Demortiere G, Abesdris J, Abramovici, Michaud P. Repérage précoce du risque alcool: savoir faire «FACE». *La Revue du praticien. Médecine générale*. 2004;(641), 201-205.
- [43] Rueff, Bernard. *Alcoologie clinique*. Flammarion Médecine-sciences, 1989.
- [44] King M. At risk drinking among general practice attenders: validation of the CAGE questionnaire. *Psychol Med*. 1986;16(1):213–217.
- [45] Institut national de prévention et d’éducation pour la santé (France), Gautier A. *Baromètre santé médecins généralistes 2009*. Saint-Denis : INPES éd.; 2011.

- [46] Heather N. Brief interventions. *Essent Handb Treat Prev Alcohol Probl.* 2004;117–138.
- [47] Miller WR, Wilbourne PL. Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction.* 2002;97(3):265–277.
- [48] Ballesteros J, Duffy JC, Querejeta I, Ariño J, González-Pinto A. Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care: Systematic review and meta-analyses. *Alcohol Clin Exp Res.* 2004;28(4):608–618.
- [49] Whitlock EP, Polen MR, Green CA, Orleans T, Klein J. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2004;140(7):557–568.
- [50] Bertholet N, Schwan R, Duhamel O, Perney P, Daeppen J-B. Efficacité de l'intervention brève. *Alcoologie Addictologie.* 2003;25(4):59S-63S.
- [51] Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction.* 2002;97(3):279–292.
- [52] Richmond R, Heather N, Wodak A, Kehoe L, Webster I. Controlled evaluation of a general practice-based brief intervention for excessive drinking. *Addiction.* 1995;90(1):119–132.
- [53] Cuijpers P, Riper H, Lemmers L. The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis. *Addiction.* 2004;99(7):839–845.
- [54] Fédération française d'addictologie. La réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives. Rapport d'orientation et recommandations de la commission d'audition.[En ligne] Paris. 2016 [consulté le 5 août 2017] Disponible sur [http://www.addictologie.org/dist/telecharges/FFA2016\\_RapportOrientation&Recos.pdf](http://www.addictologie.org/dist/telecharges/FFA2016_RapportOrientation&Recos.pdf)
- [55] ANPAA. Prévention des risques et réduction des dommages chez les consommateurs d'alcool. Commission des pratiques professionnelles [En ligne] 2012 [consulté le 5 août 2017]. Disponible sur <http://www.anpaa.asso.fr/images/stories/201207telechargements/anpaa-rrdc-lasers.pdf>
- [56] Mildeca. Où trouver de l'aide, en ville ? [En ligne] 2015 [consulté le 7 mai 2017]. Disponible sur <http://www.drogues.gouv.fr/etre-aide/ou-trouver-laide/ville>
- [57] Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. Convention nationale des médecins généralistes et spécialistes. *Journal officiel.* 11 février 2005. Disponible sur <http://ameli.fr>
- [58] Terrade P. Attentes des patients alcoolodépendants vis à vis de leur médecin généraliste avant et après sevrage [En ligne] [Thèse] Université de Poitiers. 2009 [consulté le 21 mars 2017] Disponible sur [http://www.cogemspc.fr/theses/liste\\_these/these\\_terrade.pdf](http://www.cogemspc.fr/theses/liste_these/these_terrade.pdf)
- [59] Michaud P, Fouilland P, Grémy I, Klein P. Alcool, tabac, drogue: le public fait confiance aux médecins. *Rev Prat Médecine Générale.* 2003;(611):605–609.
- [60] Observatoire de la médecine générale - Données [En ligne] 2009 [consulté le 10 août 2016]. Disponible sur <http://omg.sfm.org/content/donnees/donnees.php>
- [61] Cohidon C., Prévalence des troubles de santé mentale et conséquence sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête « Santé mentale en population générale : images et réalité » InVS, Collection « Santé et travail », 2007, 6 p.

- [62] Mouquet MC, Villet H. Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné. *Etudes Résultats*. 2002;192:1-11.
- [63] Grant BF, Goldstein RB, Saha TD, Chou SP, Jung J, Zhang H, et al. Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(8):757.
- [64] Gallois P, Emeriaud P, Charpentier J-M. Le problème « alcool » en médecine générale 2 301 réponses à un questionnaire d'auto-évaluation. *Médecine*. 2006; 2(7) : 320-4.
- [65] Reynaud M, Parquet P, Kouchner B. Les personnes en difficulté avec l'alcool: usage, usage nocif, dépendance: propositions. CFES; 1999.
- [66] ORS Ile de France. Enquête alcool auprès des patients de médecins généralistes libéraux en Ile-de-France [En ligne] 2002 [consulté le le 29 mars 2017]; Disponible sur <http://www.ors-idf.org/dmdocuments/alcool.pdf>
- [67] Tovar ML, Le Nézet O, Bastianic T. Perceptions et opinions des Français sur les drogues. [En ligne] *Tendances*. 2013 ; 88,1-6 [consulté le 16 nov 2016]. Disponible sur <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxtmta.pdf>
- [68] Pasteur L. Études sur le vin: ses maladies, causes qui les provoquent, procédés nouveaux pour le conserver et pour le vieillir. Simon Raçou et Comp.; 1873.
- [69] Fouquet P, De Borde M. Le roman de l'alcool. Seghers; 1985.
- [70] Emeriaud P, Gallois P. Alcool, alcoolisme, alcooliques : comment les voyons-nous ? *Prat Médicales Thérapeutiques*. 2002; (24/25) : 31-3.
- [71] Gausso L. Les représentations de l'alcoolisme et la construction sociale du « bien boire ». *Sci Soc Santé*. 1998; 16(1) : 5-42.
- [72] D'Houtaud A. et al. L'alcoolique tel qu'il est perçu. Enquête auprès de deux populations dans le Nord et l'Est de la France. *Revue de l'Alcoolisme*. 1988; 33(2) : 105-142.
- [73] Groppi M. Evaluation du ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge des problèmes d'alcool. [En ligne] [Thèse] Université Paris VI. 2010 [consulté le 4 août 2016]. Disponible sur <http://www.opengrey.eu/item/display/10068/847996>
- [74] OFDT. Quelles sont les perceptions alcool et les pratiques RPIB des médecins généralistes avant la formation ? [En ligne] [consulté le 6 mars 2017]. Disponible sur <http://www.ofdt.fr/BDD/RPIB/result3rpib.pdf>
- [75] Gallois P, Vallée JP, Noc YL. Les mésusages de l'alcool : repérage et intervention brève en médecine générale. *Médecine*. 2006; 2(7) : 302-6.
- [76] Groppi M, Geiger S, Lafortune J. Parler d'alcool avec son patient en médecine générale. Simple ou gênant ? *Médecine*. 2011; 7(2) : 83-6.
- [77] Kalinowski A, Humphreys K. Governmental standard drink definitions and low-risk alcohol consumption guidelines in 37 countries: International Review of Drink Definitions and Guidelines. *Addiction*. 2016; 111(7) : 1293-8.
- [78] SPF, INCa. Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017; 152 p.

- [79] Ordre national des médecins. Atlas de la démographie médicale 2016 [En ligne] [cité le 5 août 2017]. Disponible sur [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_de\\_la\\_demographie\\_medicale\\_2016.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf)
- [80] Cours des comptes. Rapport public thématique. Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool. [En ligne][consulté le 6 mars 2017] 2016 p. 262. Disponible sur [http://www.legeneraliste.fr/sites/gen/files/public/asset/document/rapport\\_lutte\\_alcool\\_0.pdf](http://www.legeneraliste.fr/sites/gen/files/public/asset/document/rapport_lutte_alcool_0.pdf)
- [81] INPES. « Alcool. Ouvrons le dialogue » Guide pratique pour le médecin. [En ligne] 2015 [consulté le 4 août 2016]. Disponible sur [http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/591\\_Alcool\\_medecin\\_2014.pdf](http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/591_Alcool_medecin_2014.pdf)
- [82] Valleur M. Définir l'addiction:question épistémologique, conséquences politiques. 2012 [consulté le 12 août 2017] Disponible sur <http://www.hopital-marmottan.fr/wordpress/?tag=prohibition>
- [83] Arborelius E, Thakker KD. Why is it so difficult for general practitioners to discuss alcohol with patients? *Fam Pract.* 1995; 12(4) : 419-22.
- [84] Deehan A, Marshall EJ, Strang J. Tackling alcohol misuse: opportunities and obstacles in primary care. *Br J Gen Pr.* 1998; 48(436) : 1779–1782.
- [85] Moodley-Kunnie, T. Attitudes and perceptions of health professionals toward substance use disorders and substance-dependent individuals. *International Journal of the Addictions.* 1988 ; 23(5) : 469–475.
- [86] Beck F, Legleye S et Spilka S, L'alcoolisation des personnes sans domicile : remise en cause d'un stéréotype. *Economie et Statistiques.* 2006 ; 391-392 : 131-149.
- [87] Laporte A, Chauvin P (dir.). La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France : SAMENTA. Premiers résultats. Paris, Observatoire du Samu social de Paris/Inserm, 2010, 227 p.
- [88] Goffman E. Stigmate. Les usages sociaux des handicaps. Paris, Éditions Minuit ; 1975.
- [89] Bouix JC, Gache P, Rueff B, Huas D. Parler d'alcool reste un sujet tabou. *Rev Prat Méd Gén.* 2002; 588 : 1488-1492.
- [90] Paille F, Bouix JC, Désobry P, Helven R. Le suivi du patient alcoolique en médecine générale. Une enquête nationale auprès de 2 231 généralistes. *Rev Prat Med Gen.* 1993;41–41.
- [91] Dupin M. Perception du médecin remplaçant par le patient [En ligne] [Thèse] 2016. Université d'Angers [consulté le 9 juill 2017] Disponible sur <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20096574/2016MCEM5215/fichier/5215F.pdf>
- [92] Samuel R, Michaud P. Le généraliste face au risque « alcool » : une étude qualitative. *Pratiques médicales et thérapeutiques.* 2002;(21):23-6.
- [93] Gache P, Michaud P, Landry U., Accietto C., Arfaoui S., Wenger O., Daeppen JB. 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):2001-7.

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie  
API : Alcoolisation Ponctuelle Importante  
ASALEE : Action de Santé Libérale en Equipe  
AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test  
AVC : Accident Vasculaire Cérébral  
CDT : Carbohydre déficient transferrin  
CDA : Consommation Déclarée d'Alcool  
CFES : Comité Français d'Education pour la Santé  
CIM-10 : Classification Internationale des Maladies  
DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire  
DETA : Diminuer Entourage Trop Alcool  
DPC : Développement Professionnel Continu  
DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders  
DU : Diplôme Universitaire  
FACE : Formule pour Approcher la Consommation d'Alcool par Entretien  
FFA : Fédération Française d'Addictologie  
FMC : Formation Médicale Continue  
γGT : Gamma-Glutamyl Transpeptidase  
HAS : Haute Autorité de Santé  
HTA : Hypertension Artérielle  
IB : Intervention Brève  
INCa : Institut National du Cancer  
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé  
MILDECA : Mission Interministérielle de Lutte Contre les Drogues et les Conduites Addictives  
NIAAA : National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism  
OFDT : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies  
OMG : Observatoire de la Médecine Générale  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
ORS : Observatoire Régional de Santé  
PHEPA : Primary Health Care European Project on Alcohol  
PRSP : Plan Régional de Santé Publique  
RdRD : Réduction des Risques et des Dommages  
ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique  
RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève  
SAF : Syndrome d'Alcoolisation Fœtal  
SFA : Société Française d'Alcoologie  
SFMG : Société Française de Médecine Générale  
TUA : Trouble de l'Usage de l'Alcool  
VGM : Volume Globulaire Moyen

## Annexe 1 : Définition des indicateurs de consommation (Baromètre Santé)

### **RAPPEL DES DÉFINITIONS DES INDICATEURS**

#### **Expérimentation**

Au moins un usage au cours de la vie.

#### **Usage actuel / au cours de l'année**

Au moins une consommation au cours de l'année (pour le tabac, il s'agit des personnes déclarant fumer, ne serait-ce que de temps en temps).

#### **Usage récent**

Au moins une consommation au cours des 30 derniers jours.

#### **Usage hebdomadaire**

Au moins une consommation par semaine durant les douze derniers mois.

#### **Usage quotidien**

Au moins une consommation par jour.

#### **API (Alcoolisation Ponctuelle Importante)**

6 verres ou plus en une même occasion, tous les mois (API mensuelle) ou toutes les semaines (API hebdomadaire).

#### **Ivresse(s) dans l'année**

Déclarer avoir été ivre au moins une fois durant les douze derniers mois.

#### **Ivresses répétées**

Déclarer avoir été ivre au moins trois fois durant les douze derniers mois.

#### **Usage à risque chronique ou de dépendance**

Consommation de plus de 21 verres par semaine pour les hommes, de plus de 14 verres par semaine pour les femmes, ou consommation d'au moins 6 verres en une occasion au moins une fois par semaine (Audit-C).

## Annexe 2 : Le TUA du DSM-5

Traduction non officielle de la SFA [8] :

- 1 - Usage récurrent d'alcool avec pour conséquence des difficultés à accomplir ses obligations professionnelles ou familiales (par exemple absences répétées, diminution des performances de travail, négligence parentale ou négligence de l'entretien du domicile).
- 2 - Usage récurrent d'alcool avec pour conséquence une mise en danger physique du sujet (conduite automobile, utilisation de machines, etc.).
- 3 - Persistance de l'usage d'alcool en dépit de problèmes sociaux ou interpersonnels récurrents ou continus causés ou exacerbés par les effets de l'alcool.
- 4 - Tolérance, définie par l'un des deux critères suivants:
  - besoin manifeste d'augmenter les quantités pour atteindre un état d'intoxication ou l'effet désiré
  - une diminution manifeste de l'effet produit en cas d'usage continu de la même quantité d'alcool.
- 5 - Signes de sevrage, définis par l'un des deux critères suivants :
  - présence de signes de sevrage concernant l'alcool lors de l'arrêt ou forte diminution;
  - l'alcool est parfois consommé pour éviter ou stopper des signes de sevrages.
- 6 - L'alcool est consommé en plus grande quantité, ou sur une période de temps plus longue que prévue
- 7 - Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux du sujet pour arrêter ou contrôler sa consommation.
- 8 - Un temps important est consacré par le sujet à des activités visant à se procurer de l'alcool, à le consommer, ou à récupérer des effets de la consommation.
- 9 -Abandon d'activités importantes sur le plan professionnel, personnel, ou récréatif au profit de la consommation d'alcool.
- 10 - L'usage d'alcool reste identique en dépit de la prise de conscience de l'existence de répercussions continues ou récurrentes des consommations, sur le plan physique ou psychologique.
- 11 - Présence régulière d'un craving, ou envie importante ou compulsive de consommer de l'alcool.

### Annexe 3 : Test AUDIT [93]

	Score
<b>1 A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?</b> Jamais <input type="checkbox"/> 0    1 fois par mois ou moins <input type="checkbox"/> 1    2 à 4 fois par mois <input type="checkbox"/> 2    2 à 3 fois par semaine <input type="checkbox"/> 3    4 fois ou plus par semaine <input type="checkbox"/> 4	
<b>2 Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?</b> Un ou deux <input type="checkbox"/> 0    trois ou quatre <input type="checkbox"/> 1    cinq ou six <input type="checkbox"/> 2    sept à neuf <input type="checkbox"/> 3    dix ou plus <input type="checkbox"/> 4	
<b>3 Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?</b> Jamais <input type="checkbox"/> 0    moins d'une fois par mois <input type="checkbox"/> 1    une fois par mois <input type="checkbox"/> 2    une fois par semaine <input type="checkbox"/> 3    chaque jour ou presque <input type="checkbox"/> 4	
<b>4 Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?</b> Jamais <input type="checkbox"/> 0    moins d'une fois par mois <input type="checkbox"/> 1    une fois par mois <input type="checkbox"/> 2    une fois par semaine <input type="checkbox"/> 3    chaque jour ou presque <input type="checkbox"/> 4	
<b>5 Dans les douze derniers mois, 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 ?</b> Jamais <input type="checkbox"/> 0    moins d'une fois par mois <input type="checkbox"/> 1    une fois par mois <input type="checkbox"/> 2    une fois par semaine <input type="checkbox"/> 3    chaque jour ou presque <input type="checkbox"/> 4	
<b>6 Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?</b> Jamais <input type="checkbox"/> 0    moins d'une fois par mois <input type="checkbox"/> 1    une fois par mois <input type="checkbox"/> 2    une fois par semaine <input type="checkbox"/> 3    chaque jour ou presque <input type="checkbox"/> 4	
<b>7 Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?</b> Jamais <input type="checkbox"/> 0    moins d'une fois par mois <input type="checkbox"/> 1    une fois par mois <input type="checkbox"/> 2    une fois par semaine <input type="checkbox"/> 3    chaque jour ou presque <input type="checkbox"/> 4	
<b>8 Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous été incapable de vous souvenir ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?</b> Jamais <input type="checkbox"/> 0    moins d'une fois par mois <input type="checkbox"/> 1    une fois par mois <input type="checkbox"/> 2    une fois par semaine <input type="checkbox"/> 3    chaque jour ou presque <input type="checkbox"/> 4	
<b>9 Vous êtes-vous blessé(e) ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?</b> Non <input type="checkbox"/> 0    oui, mais pas dans les 12 derniers mois <input type="checkbox"/> 2    oui, au cours des 12 derniers mois <input type="checkbox"/> 4	
<b>10 Est-ce qu'un ami, un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?</b> Non <input type="checkbox"/> 0    oui, mais pas dans les 12 derniers mois <input type="checkbox"/> 2    oui, au cours des 12 derniers mois <input type="checkbox"/> 4	
<b>TOTAL</b>	

### Annexe 4 : Le questionnaire

Il s'agit d'étudier ici les obstacles que vous rencontrez dans le dépistage des Troubles de l'Usage de l'Alcool (TUA). Le DSM 5 inclut dans les TUA les dimensions d'alcoolodépendance et d'abus d'alcool.

1. Êtes-vous :

0 Médecin généraliste installé seul    0 Médecin généraliste associé    0 Médecin généraliste remplaçant

2. Exercez-vous majoritairement:

0 En zone urbaine    0 En zone semi-rurale    0 En zone rurale

3. Êtes-vous ?

0 Un homme    0 Une femme

4. Quel âge avez-vous ?

0 Entre 25 et 34 ans    0 Entre 35 et 44 ans    0 Entre 45 et 54 ans    0 Entre 55 et 64 ans    0 65 ans ou +

5. Depuis combien de temps exercez-vous ?

0 Moins de 10 ans    0 De 10 à 19 ans    0 De 20 à 29 ans    0 De 30 à 39 ans    0 40 ans ou +

6. Sur rendez vous, vous prévoyez une consultation toutes les

0 10 minutes    0 15 minutes    0 20 minutes    0 Autre :

7. Avez-vous bénéficié d'une formation en addictologie ? (plusieurs réponses possibles)

- Non
- Oui, Enseignement théorique suivi au cours de l'externat
- Oui, Enseignement théorique suivi au cours de l'internat
- Oui, Stage au cours de l'externat
- Oui, Stage au cours de l'internat
- Oui, DU (Diplôme Universitaire)
- Oui, DESC (Diplôme d'Études Spécialisées complémentaire)
- Oui, Capacité d'addictologie
- Oui, EPU (Enseignement Post Universitaire)
- Oui, DPC (Développement Professionnel Continu)
- Oui, Autre :

## II. Dépister un TUA

8. Afin de dépister un TUA, quels questionnaires utilisez-vous ? (Plusieurs réponses possibles)

- aucun questionnaire validé
- AUDIT
- AUDIT - C
- FAST
- FACE
- CAGE ou DETA
- autre questionnaire, lequel :

9. La quantité d'alcool quotidienne consommée par vos patients est-elle pour vous un critère déterminant une intervention de votre part?

- 0 Tout à fait    0 Plutôt oui    0 Plutôt non    0 Pas du tout

10. Chez vos patients, vous questionnez la consommation d'alcool ?

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
De façon systématique au premier interrogatoire					
En fonction de votre intuition					
Lors d'une grossesse					
Chez toutes femmes en âge de procréer					
En fonction de son évocation par le patient lors de la consultation					
En fonction de signes cliniques physiques ou fonctionnels évocateurs d'une complication liée à l'usage de l'alcool					
Pour rechercher l'étiologie d'une pathologie établie					
A la demande de l'entourage (famille, amis...)					
En fonction de résultats biologiques évocateurs d'une consommation à risque					
En fonction de résultats d'examens morphologiques évocateurs d'une consommation à risque					

11. Quels facteurs liés au patient, vous incitent à rechercher un TUA ?

	Sans influence sur ma recherche	Incite à rechercher un TUA
Age < 18 ans		
Age > 60 ans		
Le sexe masculin		
Le sexe féminin		
L'isolement social		
La consommation solitaire		
La consommation exclusive en situation sociale		
Votre perception d'un déficit d'hygiène corporelle		
L'existence d'enfants mineurs		
Le niveau socio-économique bas		
Le niveau socio-économique haut		
L'absence d'activité professionnelle		

12. Pensez-vous être l'acteur de santé le mieux placé pour dépister les TUA ?

- 0 Tout à fait    0 Plutôt oui    0 Plutôt non    0 Pas du tout

13- Quels obstacles rencontrez-vous dans le dépistage d'un TUA ?

	Pas un obstacle	Obstacle mineur	Obstacle majeur
Le patient ne veut pas en parler			
Le manque de fiabilité de la consommation déclarée d'alcool			
La difficulté des patients présentant un TUA à reconnaître leur trouble			
La réticence des patients à la prise en charge			
Le manque de temps en consultation			
La présence d'un tiers en consultation			
Le manque de rémunération spécifique			
Le manque de formation spécifique			
L'écart avec le motif de consultation initial			
Le manque d'outils de dépistage			
Votre sentiment d'impuissance si dépistage positif			
Votre sentiment de solitude dans la prise en charge d'un TUA			
Votre méconnaissance des critères justifiant une intervention spécifique			
Votre manque d'intérêt personnel pour cette pathologie			
Votre gêne personnelle à parler d'alcool			

**III. Parler d'alcool au cabinet :**

14. Ressentez-vous des difficultés à parler d'alcool avec vos patients ?

0 Toujours      0 Souvent      0 Parfois      0 Rarement      0 Jamais

15. Quels sont les facteurs qui pourraient provoquer chez vous de la gêne à parler d'alcool ?

	Tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Pas du tout
La peur de la stigmatisation du patient				
La présence d'un tiers en consultation				
La peur de provoquer chez le patient des réactions négatives (de type colère, angoisse, repli)				
Le patient ne veut pas en parler				
La crainte de ne plus voir le patient venir en consultation				
La crainte d'annoncer un trouble de l'usage de l'alcool				
L'écart avec le motif de consultation initial				
Ce que vous pensez de l'usage d'alcool en général				
Votre propre consommation d'alcool				
La connaissance de personnes présentant ou ayant présenté un TUA dans votre entourage familial ou amical proche				
La difficulté des patients présentant un TUA à reconnaître leur trouble				
La crainte d'altérer la relation médecin/malade				

16. Quels sont les facteurs qui, selon vous, favorisent l'abord des problèmes d'alcool ?

	Tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Pas du tout
L'initiative du patient				
L'initiative de son entourage				
Les questionnaires validés				

Les examens complémentaires				
L'existence de complications somatiques				
L'existence de complications socio-professionnelles				
Son évocation par un confrère				
L'associer à la question du tabagisme				
L'utilisation de médias (brochure, affiches, etc)				
Une formation spécifique				
Etre le médecin traitant				
Etre médecin remplaçant				
Autre				

17. Selon vous l'ancienneté de la relation médecin/malade serait plutôt un obstacle ou une aide à parler d'alcool ?  
 Obstacle majeur       Obstacle mineur       Sans effet       Aide mineure       Aide majeure

18. Pensez vous qu'évoquer les TUA équivaut à une intrusion dans la vie privée de vos patients ?  
 Tout à fait       Plutôt oui       Plutôt non       Pas du tout

**IV. Le patient TUA et vous :**

19. Vous arrive-t-il d'avoir le sentiment d'éviter la problématique de l'alcool alors que vous suspectez fortement un TUA ?  
 Toujours       Souvent       Parfois       Rarement       Jamais

20. Pensez-vous avoir tendance à méconnaître ou à sous-estimer les difficultés de vos patients liées à l'usage d'alcool ?  
 Toujours       Souvent       Parfois       Rarement       Jamais

21. Pour vous les TUA sont :

	Tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Pas du tout
Un problème psychologique personnel				
Un problème familial				
Un problème médical				
Un problème social				
Un problème de manque de volonté				
Un choix de vie				

22. Pensez vous que les patients présentant un TUA sont des patients plus difficiles que les autres ?  
 Toujours       Souvent       Parfois       Rarement       Jamais

23. En comparaison à la moyenne des patients, le patient présentant un TUA a plus ou moins ces caractéristiques:

	Beaucoup -	Un peu -	Moyenne	Un peu +	Beaucoup +
Est dans la reconnaissance de ses troubles					
Nécessite du temps en consultation					
Est observant					
Est fiable dans son discours					
Est en retard					
Est exigeant vis à vis des prescriptions médicales					
Est sujet à avoir des réactions négatives de type colère...					
A de la volonté					
A une part de responsabilité dans ses problèmes					
Est susceptible d'être dangereux pour autrui					





**Résumé :** Les troubles de l'usage de l'alcool constituent un problème de santé publique considérable. Les médecins généralistes français, interlocuteurs privilégiés de leurs patients au sujet de leurs consommations d'alcool et acteurs de premier plan du repérage et de la prévention de ces troubles, sous-estiment leur prévalence au sein de leurs patientèles. Quels obstacles rencontrent-ils dans leur repérage ? Leur est-il difficile d'aborder ces troubles ? Quelles-en sont leurs représentations ? Cette étude quantitative a été menée en ligne entre le 16 février et le 16 mars 2016 auprès de 125 médecins généralistes installés ou remplaçants exerçant en libéral dans le département de la Somme. 93,6% des répondants pensaient être les acteurs de santé les mieux placés dans ce repérage. 55,44% n'avaient jamais bénéficié de formation en addictologie. 52,8% ressentaient parfois ou souvent des difficultés à parler d'alcool avec leurs patients. La responsabilité des difficultés rencontrées dans le repérage des troubles de l'usage de l'alcool était très majoritairement imputée aux patients. Le refus des patients de parler d'alcool (91,45%), leurs réticences à la prise en charge (90,67%), le manque de fiabilité de la consommation déclarée (89,74%) et leurs difficultés à reconnaître leur trouble (88,79%) constituaient des obstacles majeurs au repérage selon les répondants. Ces difficultés sont à mettre en lien avec leurs représentations qui semblent parfois proches des représentations en population générale. 30,97% des répondants percevaient les troubles de l'usage de l'alcool comme un problème de manque de volonté du patient et 17,7% comme un choix de vie. 54,03% des médecins pensaient que ces patients sont souvent plus difficiles que les autres. Les représentations des médecins généralistes, associées à une cible mal définie du repérage, rendent difficile l'abord des consommations d'alcool, avec pour conséquence une recherche trop tardive de ces troubles. La formation à l'addictologie et la clarification du rôle du médecin généraliste seraient des pistes pour améliorer leur repérage.

**Mots clefs :** Médecine générale - Consommation d'alcool - Troubles liés à l'alcool – Alcoolisme - Repérage - Prévention – Représentations

**Abstract :** *Alcohol use disorders are a significant public health problem. The French general practitioners underestimate their prevalence within their patients. What obstacles do they encounter in their identification? Is it difficult to address these problems? What-are their representations? This quantitative study was conducted online between February 16, and March 16, 2016, with 125 GP in liberal practice in the Department of the Somme. 93.6% of respondents thought they were the best healthcare providers in this identification. 55.44% had never received training in addiction. 52.8% found it sometimes or often difficult to talk about alcohol with their patients. Responsibility for the difficulties encountered in the alcohol use disorders identification was mainly attributed to patients. The refusal of patients to talk about alcohol (91.45%), their reluctance to get support (90.67%), and the lack of reliability of the declared consumption (89.74%) were major obstacles to the identification according to the respondents. These difficulties are to link with their representations which seem close to the representation in the general population. 30.97% of respondents saw Alcohol related disorders as a problem of lack of will of the patient and 17.7% as a lifestyle choice. 54.03% of the doctors thought that these patients are often more difficult than others. The representations of general practitioners make it difficult to talk about the consumption of alcohol, with for consequence a too late research of these disorders. The addiction training and the clarification of the role of the general practitioner would be some interesting leads to improve their spotting.*

**Keywords :** *General practice – Alcohol consumption – Alcohol use disorder – Representations - Prevention*