



HAL
open science

Place de l'alcool dans l'hypertension artérielle : son enjeu, son abord et ses perspectives de prise en charge

Adèle Mabilais

► To cite this version:

Adèle Mabilais. Place de l'alcool dans l'hypertension artérielle : son enjeu, son abord et ses perspectives de prise en charge. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02094417

HAL Id: dumas-02094417

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02094417>

Submitted on 9 Apr 2019

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.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2018-2019

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'ETAT)

PAR

MABILAIS Adèle

Née le 10 juillet 1990 à Bois-Guillaume

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 26 MARS 2019

**Place de l'alcool dans l'hypertension artérielle : son
enjeu, son abord et ses perspectives de prise en
charge**

PRESIDENT DE JURY : Pr Pierre DECHELOTTE

MEMBRE DU JURY : Pr Fabrice BAUER

MEMBRE DU JURY : Dr Joël LADNER

DIRECTEUR DE THESE: Dr Philippe PLE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

| | | |
|------------------------------------|-------|--|
| Mr Frédéric ANSELME | HCN | Cardiologie |
| Mme Gisèle APTER | Havre | Pédopsychiatrie |
| Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR | HCN | Chirurgie plastique |
| Mr Jean-Marc BASTE | HCN | Chirurgie Thoracique |
| Mr Fabrice BAUER | HCN | Cardiologie |
| Mme Soumeya BEKRI | HCN | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mr Ygal BENHAMOU | HCN | Médecine interne |
| Mr Jacques BENICHOU | HCN | Bio statistiques et informatique médicale |
| Mr Olivier BOYER | UFR | Immunologie |
| Mme Sophie CANDON | HCN | Immunologie |
| Mr François CARON | HCN | Maladies infectieuses et tropicales |
| Mr Philippe CHASSAGNE | HCN | Médecine interne (gériatrie) |
| Mr Vincent COMPERE | HCN | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale |
| Mr Jean-Nicolas CORNU | HCN | Urologie |
| Mr Antoine CUVELIER | HB | Pneumologie |
| Mr Jean-Nicolas DACHER | HCN | Radiologie et imagerie médicale |
| Mr Stéfan DARMONI | HCN | Informatique médicale et techniques de communication |
| Mr Pierre DECHELOTTE | HCN | Nutrition |
| Mr Stéphane DERREY | HCN | Neurochirurgie |
| Mr Frédéric DI FIORE | CB | Cancérologie |

| | | |
|---------------------------------|-------|--|
| Mr Fabien DOGUET | HCN | Chirurgie Cardio Vasculaire |
| Mr Jean DOUCET | SJ | Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie |
| Mr Bernard DUBRAY | CB | Radiothérapie |
| Mr Frank DUJARDIN | HCN | Chirurgie orthopédique - Traumatologique |
| Mr Fabrice DUPARC | HCN | Anatomie-Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| Mr Eric DURAND | HCN | Cardiologie |
| Mr Bertrand DUREUIL | HCN | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale |
| Mme Hélène ELTCHANINOFF | HCN | Cardiologie |
| Mr Manuel ETIENNE | HCN | Maladies infectieuses et tropicales |
| Mr Thierry FREBOURG | UFR | Génétique |
| Mr Pierre FREGER | HCN | Anatomie - Neurochirurgie |
| Mr Jean François GEHANNO | HCN | Médecine et santé au travail |
| Mr Emmanuel GERARDIN | HCN | Imagerie médicale |
| Mme Priscille GERARDIN | HCN | Pédopsychiatrie |
| M. Guillaume GOURCEROL | HCN | Physiologie |
| Mr Dominique GUERROT | HCN | Néphrologie |
| Mr Olivier GUILLIN | HCN | Psychiatrie Adultes |
| Mr Didier HANNEQUIN | HCN | Neurologie |
| Mr Claude HOUDAYER | HCN | Génétique |
| Mr Fabrice JARDIN | CB | Hématologie |
| Mr Luc-Marie JOLY | HCN | Médecine d'urgence |
| Mr Pascal JOLY | HCN | Dermato – Vénérologie |
| Mme Bouchra LAMIA | Havre | Pneumologie |
| Mme Annie LAQUERRIERE | HCN | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Mr Vincent LAUDENBACH | HCN | Anesthésie et réanimation chirurgicale |
| Mr Joël LECHEVALLIER | HCN | Chirurgie infantile |
| Mr Hervé LEFEBVRE | HB | Endocrinologie et maladies métaboliques |
| Mr Thierry LEQUERRE | HB | Rhumatologie |
| Mme Anne-Marie LEROI | HCN | Physiologie |
| Mr Hervé LEVESQUE | HB | Médecine interne |
| Mme Agnès LIARD-ZMUDA | HCN | Chirurgie Infantile |
| Mr Pierre Yves LITZLER | HCN | Chirurgie cardiaque |
| Mr Bertrand MACE | HCN | Histologie, embryologie, cytogénétique |
| M. David MALTETE | HCN | Neurologie |
| Mr Christophe MARGUET | HCN | Pédiatrie |
| Mme Isabelle MARIE | HB | Médecine interne |

| | | |
|--|-----|---|
| Mr Jean-Paul MARIE | HCN | Oto-rhino-laryngologie |
| Mr Loïc MARPEAU | HCN | Gynécologie - Obstétrique |
| Mr Stéphane MARRET | HCN | Pédiatrie |
| Mme Véronique MERLE | HCN | Epidémiologie |
| Mr Pierre MICHEL | HCN | Hépatogastro-entérologie |
| M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>) | HCN | Réanimation Médicale |
| Mr Jean-François MUIR (<i>sumombre</i>) | HB | Pneumologie |
| Mr Marc MURAINÉ | HCN | Ophthalmologie |
| Mr Christophe PEILLON | HCN | Chirurgie générale |
| Mr Christian PFISTER | HCN | Urologie |
| Mr Jean-Christophe PLANTIER | HCN | Bactériologie - Virologie |
| Mr Didier PLISSONNIER | HCN | Chirurgie vasculaire |
| Mr Gaëtan PREVOST | HCN | Endocrinologie |
| Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>) | HCN | Réanimation médicale - Médecine d'urgence |
| Mr Vincent RICHARD | UFR | Pharmacologie |
| Mme Nathalie RIVES | HCN | Biologie du développement et de la reproduction |
| Mr Horace ROMAN (<i>disponibilité</i>) | HCN | Gynécologie - Obstétrique |
| Mr Jean-Christophe SABOURIN | HCN | Anatomie - Pathologie |
| Mr Guillaume SAVOYE | HCN | Hépatogastrologie |
| Mme Céline SAVOYE-COLLET | HCN | Imagerie médicale |
| Mme Pascale SCHNEIDER | HCN | Pédiatrie |
| Mr Michel SCOTTE | HCN | Chirurgie digestive |
| Mme Fabienne TAMION | HCN | Thérapeutique |
| Mr Luc THIBERVILLE | HCN | Pneumologie |
| Mr Christian THUILLEZ (<i>sumombre</i>) | HB | Pharmacologie |
| Mr Hervé TILLY | CB | Hématologie et transfusion |
| M. Gilles TOURNEL | HCN | Médecine Légale |
| Mr Olivier TROST | HCN | Chirurgie Maxillo-Faciale |
| Mr Jean-Jacques TUECH | HCN | Chirurgie digestive |
| Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>sumombre</i>) | HCN | Pédiatrie génétique |
| Mr Benoît VEBER | HCN | Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale |
| Mr Pierre VERA | CB | Biophysique et traitement de l'image |
| Mr Eric VERIN | HB | Service Santé Réadaptation |
| Mr Eric VERSPYCK | HCN | Gynécologie obstétrique |
| Mr Olivier VITTECOQ | HB | Rhumatologie |
| Mme Marie-Laure WELTER | HCN | Physiologie |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

| | | |
|--|-----|-------------------------------------|
| Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG | HCN | Bactériologie – Virologie |
| Mme Carole BRASSE LAGNEL | HCN | Biochimie |
| Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS | HCN | Chirurgie Vasculaire |
| Mr Gérard BUCHONNET | HCN | Hématologie |
| Mme Mireille CASTANET | HCN | Pédiatrie |
| Mme Nathalie CHASTAN | HCN | Neurophysiologie |
| Mme Sophie CLAEYSSENS | HCN | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mr Moïse COEFFIER | HCN | Nutrition |
| Mr Serge JACQUOT | UFR | Immunologie |
| Mr Joël LADNER | HCN | Epidémiologie, économie de la santé |
| Mr Jean-Baptiste LATOCHE | UFR | Biologie cellulaire |
| Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>) | HCN | Virologie |
| Mr Gaël NICOLAS | HCN | Génétique |
| Mme Muriel QUILLARD | HCN | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mme Laëtitia ROLLIN | HCN | Médecine du Travail |
| Mr Mathieu SALAUN | HCN | Pneumologie |
| Mme Pascale SAUGIER-VEBER | HCN | Génétique |
| Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN | HCN | Anatomie |
| Mr David WALLON | HCN | Neurologie |
| Mr Julien WILS | HCN | Pharmacologie |

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

| | | |
|---------------------------------|-----|---------------|
| Mr Thierry WABLE | UFR | Communication |
| Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL | UFR | Anglais |

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

| | |
|---|----------------------|
| Mr Thierry BESSON | Chimie Thérapeutique |
| Mr Roland CAPRON (PU-PH) | Biophysique |
| Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite) | Pharmacologie |
| Mme Isabelle DUBUS | Biochimie |
| Mr François ESTOUR | Chimie Organique |
| Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH) | Parasitologie |
| Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite) | Toxicologie |
| Mr Michel GUERBET | Toxicologie |
| Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET | Physiologie |
| Mme Christelle MONTEIL | Toxicologie |
| Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH) | Microbiologie |
| Mr Rémi VARIN (PU-PH) | Pharmacie clinique |
| Mr Jean-Marie VAUGEOIS | Pharmacologie |
| Mr Philippe VERITE | Chimie analytique |

MAITRES DE CONFERENCES

| | |
|--|--|
| Mme Cécile BARBOT | Chimie Générale et Minérale |
| Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH) | Pharmacologie |
| Mr Frédéric BOUNOURE | Pharmacie Galénique |
| Mr Abdeslam CHAGRAOUI | Physiologie |
| Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO) | Statistiques |
| Mme Elizabeth CHOSSON | Botanique |
| Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB | Législation pharmaceutique et économie de la santé |
| Mme Cécile CORBIERE | Biochimie |
| Mr Eric DITTMAR | Biophysique |
| Mme Nathalie DOURMAP | Pharmacologie |
| Mme Isabelle DUBUC | Pharmacologie |
| Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER | Pharmacologie |
| Mr Abdelhakim ELOMRI | Pharmacognosie |

| | |
|-------------------------------------|------------------------------|
| Mr Gilles GARGALA (MCU-PH) | Parasitologie |
| Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA | Chimie analytique |
| Mme Marie-Laure GROULT | Botanique |
| Mr Hervé HUE | Biophysique et mathématiques |
| Mme Laetitia LE GOFF | Parasitologie – Immunologie |
| Mme Hong LU | Biologie |
| M. Jérémie MARTINET (MCU-PH) | Immunologie |
| Mme Marine MALLETER | Toxicologie |
| Mme Sabine MENAGER | Chimie organique |
| Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT | Chimie analytique |
| Mr Mohamed SKIBA | Pharmacie galénique |
| Mme Malika SKIBA | Pharmacie galénique |
| Mme Christine THARASSE | Chimie thérapeutique |
| Mr Frédéric ZIEGLER | Biochimie |

PROFESSEURS ASSOCIES

| | |
|-----------------------------------|----------------------|
| Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ | Pharmacie officinale |
| Mr Jean-François HOUIVET | Pharmacie officinale |

PROFESSEUR CERTIFIE

| | |
|----------------------------|---------|
| Mme Mathilde GUERIN | Anglais |
|----------------------------|---------|

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

| | |
|-------------------------|---------------|
| Mme Anaïs SOARES | Bactériologie |
|-------------------------|---------------|

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

| | |
|---------------------------|------------------|
| Mme Sophie MOHAMED | Chimie Organique |
|---------------------------|------------------|

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

| | |
|--|-------------------------------------|
| Mme Cécile BARBOT | Chimie Générale et minérale |
| Mr Thierry BESSON | Chimie thérapeutique |
| Mr Roland CAPRON | Biophysique |
| Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB | Législation et économie de la santé |
| Mme Elisabeth CHOSSON | Botanique |
| Mme Isabelle DUBUS | Biochimie |
| Mr Abdelhakim ELOMRI | Pharmacognosie |
| Mr Loïc FAVENNEC | Parasitologie |
| Mr Michel GUERBET | Toxicologie |
| Mr François ESTOUR | Chimie organique |
| Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET | Physiologie |
| Mme Martine PESTEL-CARON | Microbiologie |
| Mr Mohamed SKIBA | Pharmacie galénique |
| Mr Rémi VARIN | Pharmacie clinique |
| M. Jean-Marie VAUGEOIS | Pharmacologie |
| Mr Philippe VERITE | Chimie analytique |

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

| | |
|----------------------------------|------------------------|
| Mr Serguei FETISSOV (med) | Physiologie (ADEN) |
| Mr Paul MULDER (phar) | Sciences du Médicament |
| Mme Su RUAN (med) | Génie Informatique |

MAITRES DE CONFERENCES

| | |
|--|--|
| Mr Sahil ADRIOUCH (med) | Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905) |
| Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med) | Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079) |
| Mme Carine CLEREN (med) | Neurosciences (Néovasc) |
| M. Sylvain FRAINEAU (med) | Physiologie (Inserm U 1096) |
| Mme Pascaline GAILDRAT (med) | Génétique moléculaire humaine (UMR 1079) |
| Mr Nicolas GUEROUT (med) | Chirurgie Expérimentale |
| Mme Rachel LETELLIER (med) | Physiologie |
| Mme Christine RONDANINO (med) | Physiologie de la reproduction |
| Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med) | Physiologie (Unité Inserm 1076) |
| Mr Frédéric PASQUET | Sciences du langage, orthophonie |
| Mr Youssan Var TAN | Immunologie |
| Mme Isabelle TOURNIER (med) | Biochimie (UMR 1079) |

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation.

SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Pierre Dechelotte,

Merci d'avoir accepté de présider mon jury de thèse. Vous avez été mon professeur à la faculté de Rouen pendant mes études et aujourd'hui vous me faites l'honneur de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Fabrice Bauer,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sentiments les plus sincères.

A Monsieur le Docteur Joël Ladner,

Merci d'avoir accepté de faire partie du jury et de l'intérêt que vous avez porté à mon sujet.

A mon directeur de thèse le Docteur Philippe Plé,

Merci d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse. Tes conseils m'ont été précieux, ils m'ont guidés pour accomplir ce travail, encore merci.

A l'équipe du CSAPA des 3 cantons,

Merci pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail, et pour vos conseils qui m'ont orientés tout au long de mon travail.

Au Docteur Rouillé,

Merci pour le temps que vous m'avez consacré, ainsi que les conseils que vous m'avez apportés, trouvez ici l'expression de mes sincères remerciements.

Aux médecins qui ont acceptés de participer à mes entretiens,

Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé, la sympathie de votre accueil, et la réflexion que vous m'avez permis d'avoir par vos différentes réponses.

Aux différentes équipes des stages qui ont jalonné mon parcours,

Merci de m'avoir formé, si j'en suis là aujourd'hui c'est grâce à vous. Merci à toute l'équipe des urgences adultes, des urgences pédiatriques, et du service de gynécologie de Monod. Merci à l'équipe de service de médecine polyvalente de Lillebonne. Et merci aux médecins généralistes qui ont pu m'accueillir en stage : Dr Renou, Dr Souchon, Dr Robert, Dr Mingam, Dr Lefebvre, Dr Karaduman.

Au cabinet Flaubert du Havre,

Merci à Matthieu, Xavier et Pascale de m'avoir fait confiance et de m'avoir permis de débiter mon exercice médicale dans de si bonnes conditions, vos conseils m'ont beaucoup aidés dans ma pratique médicale.

Merci à Géraldine, tu as été une deuxième maman pour moi, cela a été un réel plaisir de travailler avec toi.

Merci à Richard et Cynthia.

Même si une page se tourne, j'espère vous revoir.

A mes parents,

Merci d'être toujours présents à mes côtés et pour votre soutien durant toutes ces années.

A ma mère, ma première relectrice et ma conseillère la mieux avisée.

A mon père, mon humoriste préféré, toujours prêt à me rendre service.

A mon frère, Gildas,

Pour le soutien que tu as pu m'apporter, notamment tes intrusions musicales dans ma chambre en première année de médecine.

A Clément,

Tu sais être patient avec moi, tu sais me rendre heureuse, merci d'être présent tous les jours à me soutenir.

A ma famille,

A Séverine et Anna, merci de la joie que vous me procurez lorsque je suis avec vous. Merci à mon grand-père, mes oncles et tantes, mes cousins et cousines pour ces réunions de famille si agréables.

A Olivia,

Un grand merci pour ton aide et tes relectures de ma thèse. Merci d'être une confidente et une amie fidèle. Compte sur moi pour continuer à te traîner en soirée.

A Manon,

Mon binôme de piscine, ma maison sera toujours ouverte pour faire bronzette et boire un coup.

A Juliette,

Merci pour toutes les soirées passées à deux, les vacances en Thaïlande, le(s) footing(s) le long de la plage. Reviens au Havre tu nous manques.

A Victor,

Il y a temps de chose à dire... Merci pour cette année de terminale, et toutes nos soirées à Rouen.

A Perrine,

Merci de l'aide que tu m'as apporté pour ma thèse, à nos apéros à l'abricotier, hâte que tu rentres au Havre pour continuer.

A Duc,

Mon relecteur inattendu, merci pour ton aide. Je peux toujours compter sur toi, et c'est toujours un plaisir de te voir.

A tous mes amis Havrais,

Julien, Camille, Thomas, Maité, Romain, Matthieu, Patrick, Benjamin, Clémence... c'est grâce à vous qu'il est si agréable d'être devenue havraise. Merci de vous occuper de moi en l'absence de Clément.

A tous mes amis non Havrais,

Sarah, Agnès, Thomas, Lola, Sounda même si on ne se voit pas autant que voulu, c'est toujours avec joie que l'on se retrouve.

Table des matières

| | |
|--|---------|
| Serment d'Hippocrate |17 |
| Abréviations |18 |
| I. Introduction |19 |
| 1. Contexte |19 |
| 2. L'hypertension artérielle |20 |
| 3. La consommation excessive d'alcool |20 |
| 4. L'action de l'alcool sur l'organisme |21 |
| 4.1. Conséquences métaboliques d'une consommation excessive d'alcool..... | 21 |
| 4.2. Le polymorphisme de la toxicité de l'alcool |25 |
| 5. Le lien entre hypertension artérielle et consommation excessive d'alcool.... | 26 |
| 6. Les mécanismes physiopathologique |27 |
| 7. La communauté d'agglomération Caux Vallée de Seine |28 |
| II. Matériels et méthodes |31 |
| 1. Type d'étude |31 |
| 2. Objectifs de l'étude |31 |
| 3. Constitution de l'échantillon |31 |
| 4. Guide d'entretien |32 |
| 5. Recueil et analyse des données |33 |
| III. Résultats |34 |
| 1. Caractéristiques de la population étudiée |34 |
| 2. Aborder le sujet de l'alcool avec les patients hypertendus en consultation de médecine générale |35 |
| 2.1. La manière d'aborder le sujet |35 |
| 2.2. Le moment pour aborder le sujet |36 |
| 2.3. Un sujet pas toujours abordé |37 |
| 2.4. L'état d'esprit des médecins généralistes |38 |
| 2.5. Le rôle du médecin généraliste |38 |
| 2.6. L'hypertension artérielle pour aborder le sujet |39 |
| 3. Les obstacles rencontrés par les médecins généralistes pour aborder le sujet de l'alcool avec leurs patients hypertendus |40 |
| 3.1. Liés aux médecins |40 |
| 3.1.1. Thématique de l'alcool |40 |
| 3.1.2. La relation médecin malade |40 |
| 3.1.3. Vécu professionnel |41 |
| 3.1.4. Déni du médecin |42 |
| 3.1.5. Consommations du médecin |42 |
| 3.1.6. Chronophage |42 |
| 3.1.7. La réputation du médecin généraliste |42 |

| | |
|---|----|
| 3.2. Liés au patient | 43 |
| 3.2.1. Méconnaissance du patient | 43 |
| 3.2.2. Dénis du patient | 43 |
| 3.2.3. Consommations non connues | 43 |
| 3.2.4. Refus de soins | 44 |
| 3.2.5. Des maladies silencieuses | 44 |
| 3.2.6. Les caractéristiques du patient | 44 |
| 3.2.7. Le mode de vie | 45 |
| 3.3. L'alcool, ses représentations, sa place dans notre société, et ses particularités de prise en charge | 45 |
| 3.3.1. Rôle de l'alcool | 45 |
| 3.3.2. La prise en charge | 46 |
| 3.3.3. Une pathologie mal définie | 46 |
| 3.3.4. Facilité d'accès | 47 |
| 3.3.5. Une mauvaise image | 47 |
| 3.3.6. L'alcool au sein de la CA Caux Vallée de Seine | 48 |
| 3.3.7. Les lieux de prise en charge | 48 |
| | |
| 4. Les facteurs facilitants l'abord du sujet de l'alcool avec les patients hypertendus | 49 |
| 4.1. Liés aux médecins | 49 |
| 4.1.1. L'expérience du médecin | 49 |
| 4.1.2. Vécu personnel | 49 |
| 4.1.3. La formation | 49 |
| 4.1.4. La relation médecin malade | 50 |
| 4.1.5. Les médecins de la CA Caux Vallée de Seine | 50 |
| 4.1.6. Désert médical | 50 |
| 4.2. Liés au patient | 51 |
| 4.2.1. Le désir du patient | 51 |
| 4.2.2. L'entourage du patient | 51 |
| 4.2.3. Les caractéristiques des patients | 51 |
| 4.2.4. La loi | 51 |
| 4.3. Liés à la pratique médicale | 52 |
| 4.3.1. La clinique | 52 |
| 4.3.2. Examens complémentaires | 52 |
| 4.3.3. Critères de la ROSP | 53 |
| 4.3.4. Les logiciels médicaux | 53 |
| | |
| 5. La prise en charge de la consommation d'alcool excessive chez les patients hypertendus par les médecins généralistes | 54 |
| 5.1. Au cabinet médical | 54 |
| 5.1.1. Intervention brève | 54 |
| 5.1.2. Prévention | 54 |
| 5.1.3. Sevrage | 54 |
| 5.2. Pluridisciplinaire | 55 |
| 5.2.1. Structures d'addictologie | 55 |
| 5.2.2. Hôpital de jour | 56 |
| 5.2.3. Psychiatrie | 56 |
| 5.3. Questionnaires standardisés | 56 |
| 5.4. Recul des consommations excessives d'alcool | 57 |

| | |
|--|----|
| 6. Comment améliorer l'abord du sujet de la consommation excessive d'alcool avec les patients hypertendus en médecine générale | 58 |
| 6.1. Simplifier l'abord du sujet | 58 |
| 6.1.1. Aborder le sujet de façon détournée | 58 |
| 6.1.2. Outils de dépistage | 58 |
| 6.1.3. Informer les médecins et les patients | 59 |
| 6.2. Mesures réalisables à grande échelle | 59 |
| 6.2.1. Campagne d'information | 59 |
| 6.2.2. Prévention chez les jeunes | 60 |
| 6.2.3. Prix de l'alcool | 60 |
| 6.2.4. Recommandations médicales | 60 |
| 6.3. Mesures réalisables en local au sein de la CA Caux Vallée de Seine | 61 |
| 6.3.1. Cours de formation | 61 |
| 6.3.2. Poster | 61 |
| 6.3.3. Plaquette d'information | 62 |
| 6.3.4. Prévention dans les établissements scolaires | 62 |
| | |
| IV. Discussion | 63 |
| 1. Force et faiblesse de l'étude | 63 |
| 2. Comparaison des résultats à la littérature | 65 |
| 2.1. Aborder le sujet de l'alcool avec les patients hypertendus | 65 |
| 2.2. Les facteurs influençant l'abord du sujet | 67 |
| 2.3. Les solutions | 76 |
| 3. La réponse aux objectifs | 80 |
| | |
| V. Proposition d'aide aux médecins généralistes pour l'abord du sujet de l'alcool chez les patients hypertendus | 81 |
| | |
| VI. Conclusion | 83 |
| | |
| VII. Bibliographie | 84 |
| | |
| Annexes | 89 |
| | |
| Résumé | 92 |

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Abréviations

| | |
|--------------|--|
| Acétyl-CoA : | Acétyl-CoenzymeA |
| ADH : | Alcool Déshydrogénase |
| ALDH : | Aldéhyde Déshydrogénase |
| AMT : | Automesure Tensionnelle |
| AUDIT : | Alcohol Use Disorders |
| BASIS : | Baseline Alcohol Screening and Intervention Survey |
| BMI : | Body Mass Index |
| CA : | Communauté d'Agglomération |
| CAGE : | Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener |
| CDT : | Carboxy Deficient Transferrin |
| CPAM : | Caisse Primaire d'Assurance Maladie |
| CSAPA : | Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie |
| DETA : | Diminuer, Entourage, Trop, Alcool |
| DU : | Diplôme Universitaire |
| FACE : | Fast Alcohol Consumption Evaluation |
| FMC : | Formation Médicale Continue |
| G : | Grammes |
| GGT : | Gamma Glutamyl Transpeptidase |
| HAS : | Haute Autorité de Santé |
| HTA : | Hypertension Artérielle |
| INPES : | Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé |
| Kcal : | Kilocalories |
| MAPA : | Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle |
| MEOS : | Système Microsomal d'Oxydation de l'Éthanol |
| MMHG : | Millimètres de Mercure |
| OMS : | Organisation Mondiale de la Santé |
| ROSP : | Rémunération sur l'Objectif de Santé Publique |
| TG : | Triglycérides |
| VGM : | Volume Globulaire Moyen |

I. INTRODUCTION :

1. Contexte

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la première cause de mortalité dans le monde est imputable aux maladies cardio-vasculaires. Avec en 2012, 17,5 millions de décès, soit près d'un tiers de la mortalité totale. D'ici 2030, 23,6 millions de personnes mourront de maladies cardiovasculaires (1).

Parmi ces maladies cardio-vasculaires, environ 54% des accidents vasculaires cérébraux et 47% des cardiopathies ischémiques dans le monde sont imputables à l'Hypertension Artérielle (HTA) (2).

En France depuis plusieurs années la prévalence de l'hypertension artérielle est d'environ 30% (3).

L'hypertension artérielle est le plus souvent essentielle, mais dans 10% des cas elle est secondaire (4). Les six principales causes d'hypertension secondaire sont : toxiques ou médicamenteuses, liées aux maladies rénales, à un hyperaldostéronisme primaire, à un phéochromocytome, à une sténose de l'artère rénale, ou à un syndrome de Cushing (5).

Parmi ces étiologies, l'alcool est la première cause d'hypertension artérielle toxique en France et est une cause très fréquente de résistance au traitement antihypertenseur (6) (7).

En France selon le baromètre de la santé de 2014, 10% de la population générale a une consommation excessive d'alcool (8). Et la prévalence de la consommation d'alcool excessive dans une population atteint d'hypertension artérielle varierait entre 5% et 7% (9).

Dans ce contexte il est important de dépister et de prendre en charge les consommations excessives d'alcool chez les patients présentant une hypertension artérielle. Dans le système de soins français actuel, la gestion de cette problématique est attribuée aux médecins généralistes.

Cependant selon l'étude Baseline Alcohol Screening and Intervention Survey (BASIS) réalisée en Europe, en 2016 auprès de médecins généralistes de France, Allemagne, Espagne, Italie et Royaume-Uni, seulement 1/3 des médecins dépistent les consommations excessives d'alcool chez les patients hypertendus. La France est le pays où ce dépistage est le moins réalisé (10).

Il est donc essentiel de se poser la question : comment aborder le sujet de l'alcool chez les patients hypertendus en médecine générale ?

L'idée est de repositionner la consommation d'alcool comme cause possible d'hypertension artérielle et de donner des clés aux médecins généralistes pour faciliter l'abord du sujet et sa prise en charge.

2. L'hypertension artérielle

L'hypertension artérielle est définie par l'OMS comme une tension systolique supérieure à 140 millimètres de mercure (mmHg) et/ou une tension diastolique supérieure à 90 mmHg (11). La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande de confirmer le diagnostic d'hypertension artérielle en réalisant des mesures de la pression artérielle au domicile du patient soit par Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle (MAPA) ou par Automesure Tensionnelle (AMT), les normes supérieures tolérées sont alors de 135 mmHg pour la pression artérielle systolique et de 85 mmHg pour la pression artérielle diastolique (5).

Les complications les plus mortelles de l'hypertension artérielle sont les accidents vasculaires cérébraux et les maladies cardiaques (12).

3. La consommation excessive d'alcool

Selon l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) la consommation excessive d'alcool en France est définie comme :

- Pour les consommateurs réguliers :

2 unités ou plus d'alcool en moyenne par jour, pour les femmes (14 unités/semaine).

3 unités ou plus d'alcool en moyenne par jour, pour les hommes (21 unités/semaine).

- Pour les consommateurs occasionnels :

4 unités d'alcool ou plus en une seule occasion.

L'unité correspond à 10 grammes (g) d'alcool.

Au-delà de ces simples repères il faut prendre également en compte la tolérance individuelle de l'alcool, qui varie d'un individu à l'autre en fonction du poids, de l'âge, du sexe et de la fréquence de consommation (13).

Au-dessus de ces seuils, on entre dans le mésusage de l'alcool :

La consommation est dite « à risque » lorsque la consommation d'alcool présente un risque de retentissement sur la santé, physique et/ou psychologique, et/ou d'avoir des répercussions dans le domaine social ou relationnel.

- pour les femmes entre 20 g et 40 g d'alcool par jour, soit entre 140 g et 280 g par semaine.

- pour les hommes entre 30 g et 60 g d'alcool par jour, soit entre 210 g et 420 g d'alcool par semaine.

La consommation est dite « nocive » lorsque la consommation d'alcool présente des dommages physiques, psychiques et sociaux.

- pour les femmes au-dessus de 40g d'alcool par jour, soit plus de 280g par semaine.

- pour les hommes au-dessus de 60g d'alcool par jour, soit plus de 420g d'alcool par semaine.

La dépendance correspond à la perte du contrôle de sa consommation d'alcool (13).

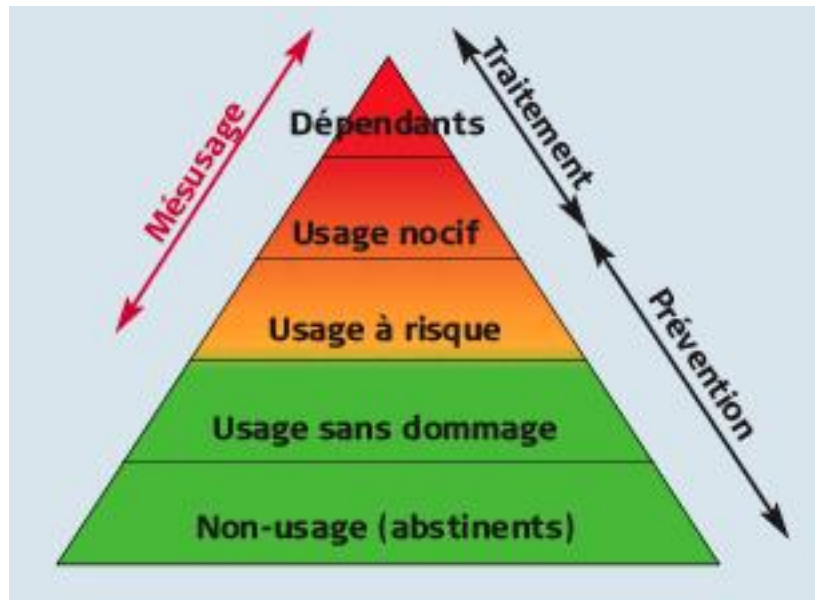


Figure 1: Pyramide de Skinner

Ces repères de consommation excessive d'alcool sont voués à se durcir. En 2017 au vu des études récentes concernant les dangers de l'alcool sur l'organisme et son impact sur la mortalité française, un avis d'expert initié par l'Agence Nationale de Santé Publique, réunissant des épidémiologistes et addictologues, recommande de ne pas consommer plus de 10 unités d'alcool par semaine et pas plus de 2 unités par jour pour les hommes et les femmes (14).

4. L'action de l'alcool sur l'organisme

4.1. Conséquences métaboliques d'une consommation excessive d'alcool

Les boissons alcoolisées contiennent de l'alcool, mais également d'autres substances (sucre, vitamines, éléments minéraux, phyto-œstrogènes...). La teneur énergétique de 10 grammes d'alcool correspond à 71 Kilocalories, mais la valeur calorique total va dépendre de ces autres substances (15).

| UN LITRE DE : | CALORIES |
|----------------------|-----------------|
| Bière 6%vol. | 344 Kcal |
| Vin rouge 10%vol. | 568 Kcal |
| Champagne 12%vol. | 681 Kcal |
| Whisky 40%vol. | 2272 Kcal |
| Pastis 45%vol. | 2556 Kcal |

Figure 2 : Alcool et valeur théorique énergétique

Lors de l'ingestion d'alcool, l'absorption se fait à différents endroits : par la muqueuse buccale et de l'œsophage, par l'estomac après assimilation puis majoritairement par l'intestin grêle (90%) (16). L'alcool est ensuite éliminé principalement par 2 voies différentes (16) :

- Directement dans la sueur, les urines, l'air expiré (10%)
- Par oxydation au niveau du foie (90%)

Il existe également une troisième voie d'élimination de l'alcool, catabolisant moins de 1% de l'alcool consommé, cette voie est dite non oxydative, elle se retrouve dans l'urine, le sang, les phanères ou le méconium.

Le catabolisme de l'alcool par les hépatocytes se fait en 3 étapes d'oxydation :

- Oxydation de l'éthanol en acétaldéhyde

- Lorsque la consommation d'alcool est modérée elle se fait par l'enzyme Alcool Déshydrogénase (ADH).

-Lorsque la consommations d'alcool est excessive (éthylémie > 0,5g/l) l'éthanol est alors également oxydé par la voie du Système Microsomial d'Oxydation de l'Éthanol (MEOS), cette voie d'oxydation est plus rapide que celle de l'ADH et joue donc un rôle important dans le phénomène d'accoutumance à l'alcool, cependant elle produit des radicaux libres et une accumulation d'acétaldéhydes toxiques pour l'organisme.

-Lorsque la consommation d'alcool est vraiment trop importante et que les deux voies précédentes sont saturées, l'oxydation de l'éthanol se fait par la catalase.

- Oxydation de l'acétaldéhyde en acétate par l'enzyme Aldéhyde Déshydrogénase (ALDH).

- Oxydation de l'acétate en Acétyl-CoenzymeA (Acétyl-CoA). Cette oxydation entre en compétition avec celle des acides gras et est responsable d'une accumulation des Triglycérides (Tg) dans les hépatocytes.

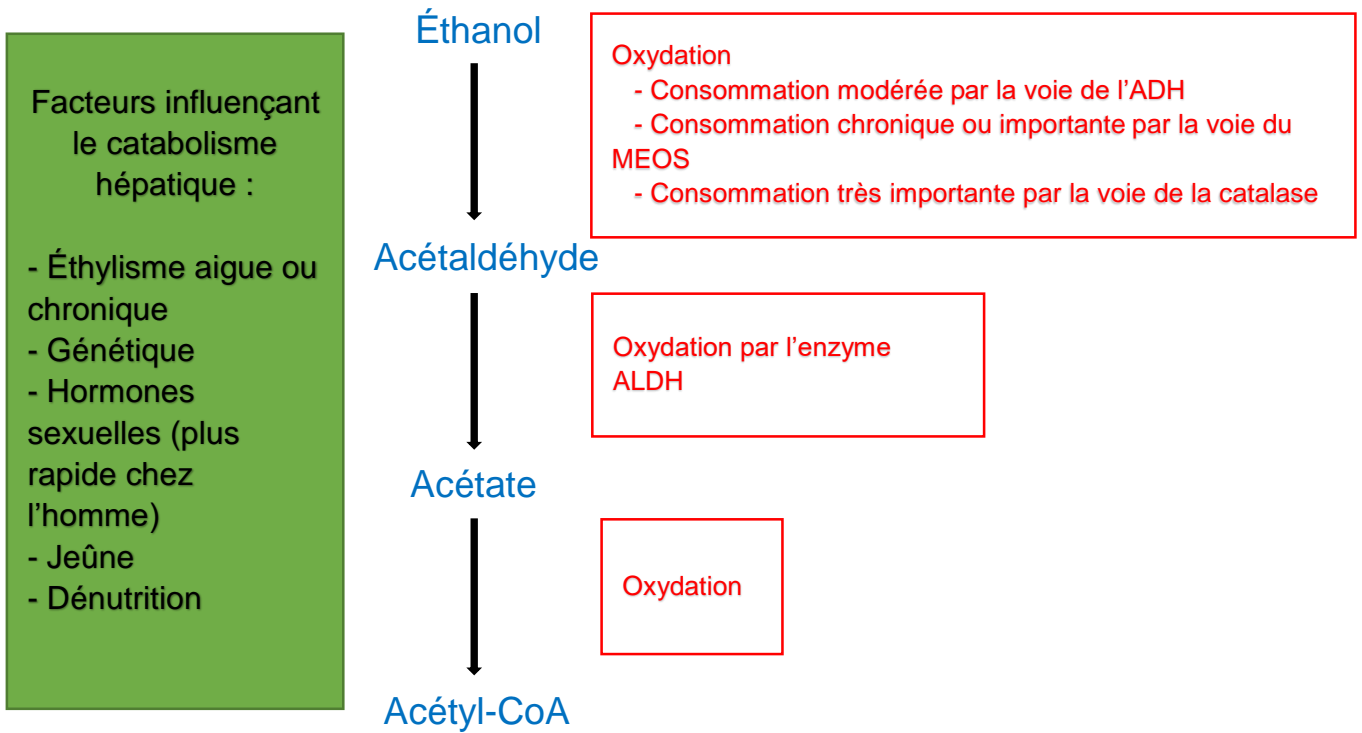


Figure 3 : Métabolisme hépatique de l'alcool

La cinétique de l'alcoolémie dans le sang dépend de plusieurs facteurs :

- Le poids de la personne
- Le sexe
- La consommation d'alcool à jeun ou lors d'un repas
- La vitesse de la consommation d'alcool

Le pic de l'alcoolémie est atteint environ 30 minutes après la consommation d'alcool lorsqu'on est à jeun et environ 1 heure lors d'un repas. Pour une même dose d'alcool l'alcoolémie sera plus élevée chez la femme que chez l'homme, en lien avec les différences physiologiques des deux sexes.

Le taux d'alcoolémie diminue en moyenne de 0,085 à 0,1gramme par heure pour la femme et de 0,1 à 0,15 grammes par heure pour l'homme.

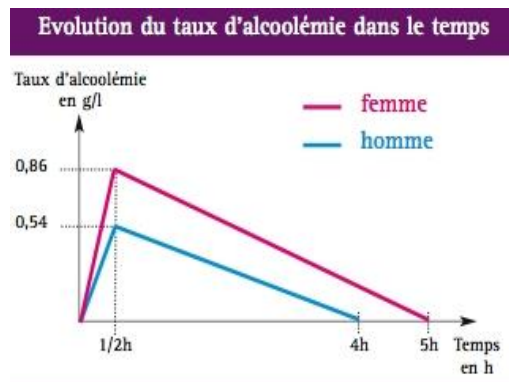


Figure 4: Cinétique de l'alcoolémie

Les conséquences nutritionnelles de l'alcool dépendent du niveau de consommation :

- Les consommateurs modérés (de 1 à 3 verres par jour) voient leur Body Mass Index (BMI) augmenter par le stockage des graisses (TG) dû aux calories en excès, mais également par le régime alimentaire associé à ce type de consommation principalement festif (16).

- Les consommateurs excessifs et chroniques sont dénutris, plusieurs mécanismes entrent en cause(17):

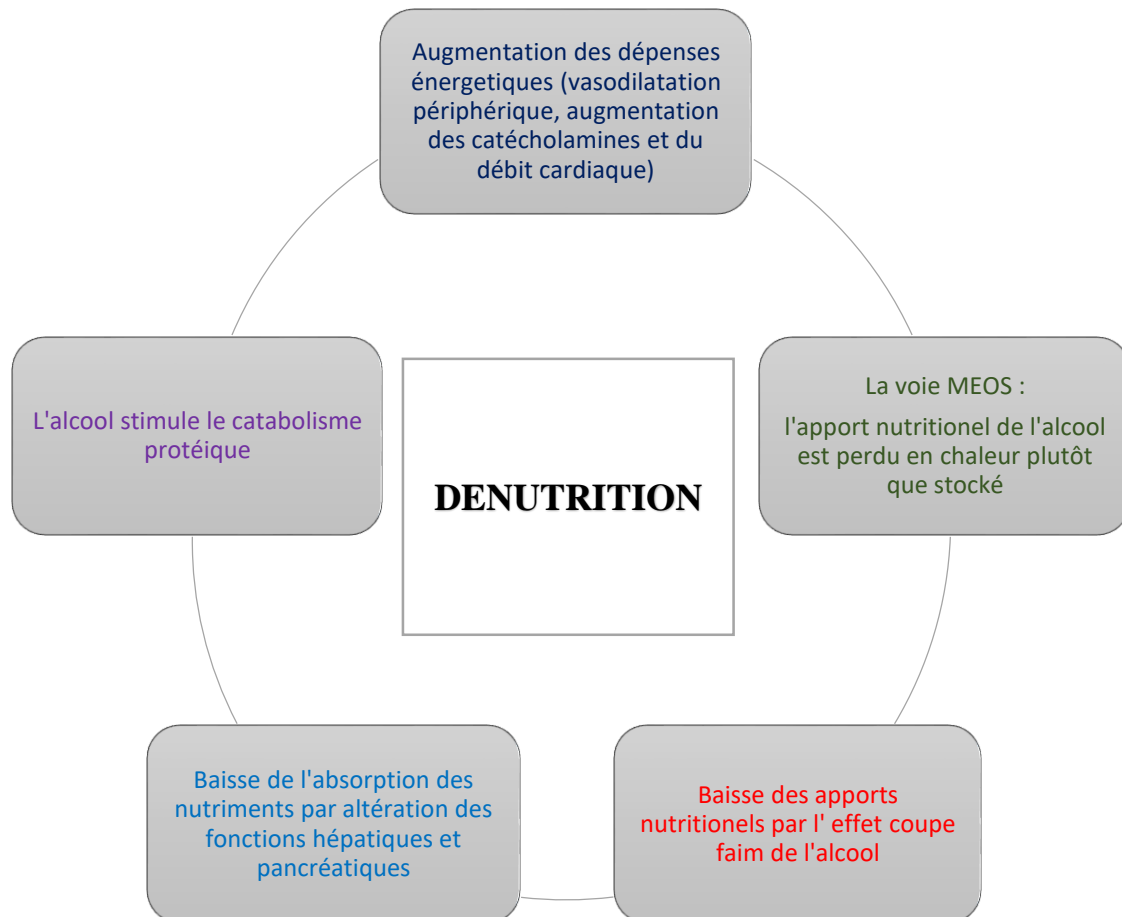


Figure 5 : La dénutrition liée à l'alcool

4.2. Le polymorphisme de la toxicité de l'alcool

Le catabolisme de l'éthanol produit des radicaux libres et de l'acétaldéhyde toxique pour l'organisme, responsables de nombreuses atteintes d'organes cibles, dont les complications sont mortelles (18) :

- **Le foie**: la compétition entre les métabolismes des acides gras et de l'éthanol est responsable d'une accumulation des triglycérides dans les hépatocytes amenant à une stéatose, dont les complications sont l'hépatite alcoolique et la cirrhose (19).

- **Le système nerveux central et périphérique** : la cholestase induite par l'alcool diminue l'absorption des vitamines B liposolubles, et notamment celle de la vitamine B1 responsable d'encéphalopathie, de troubles cognitifs et de neuropathie périphérique. L'alcool va également avoir un rôle dépressogène (20).

- **Les voies aéro-digestives supérieures** : une toxicité de l'acétaldéhyde sur les cellules du tractus aérodigestif supérieur, en synergie avec le tabac, est responsable de cancers de la cavité buccale, pharynx, larynx et œsophage (21).

- **Fœtal** : l'alcool traversant la barrière placentaire a un effet tératogène sur le fœtus provoquant le syndrome d'alcoolisation fœtale (22).

- **Le pancréas** : l'alcool génère directement une inflammation du pancréas, en cas de consommation d'alcool chronique, cette inflammation entraîne une fibrose du pancréas jusqu'à l'insuffisance pancréatique exocrine puis endocrine (23).

- **Le cœur** : apparition d'une cardiomyopathie dilatée après quelques années de consommation (24). La diminution du potassium par l'effet diurétique de l'alcool entraîne des troubles du rythme pouvant être mortels (17).

- **Les vaisseaux** : l'alcool favorise l'hypertension artérielle, cet effet sera développé par la suite.

Concernant l'effet protecteur vasculaire et cardiaque d'une consommation modérée d'alcool, il est difficile de conclure. Les différentes études présentent des résultats trop hétérogènes, avec des intervalles de confiance trop larges, pour en tirer des conclusions (25)(26).

De plus, il a été démontré récemment que pour une consommation d'alcool modérée, l'effet protecteur cardiovasculaire de l'alcool est contrebalancé par le risque accru de cancer (27).

5. Le lien entre consommation excessive d'alcool et hypertension artérielle

Le premier lien entre l'alcool et l'hypertension artérielle a été établi par Camille LIAN, médecin militaire français, en 1915, qui a constaté une hypertension artérielle chez les soldats buvant 2,5 litres ou plus de vin par jour et à l'inverse une tension artérielle normale pour ceux qui avaient une consommation moindre.

Depuis, plusieurs études réalisées dans différents pays du monde, sur des femmes et des hommes, incluant des variables liées à l'âge, le BMI ou le type d'alcool consommé, ont démontré que la consommation excessive d'alcool est responsable d'une hypertension artérielle (28)(29)(30)(31)(32)(33)(34).

De même, la réduction des consommations d'alcool permet de diminuer les valeurs de la tension artérielle.

En 2017, une méta-analyse publiée dans le LANCET, regroupant les 36 études les plus pertinentes depuis 1986, conclue qu'une réduction de la consommation d'alcool réduit la pression artérielle de manière dose-dépendante.

Plus la consommation d'alcool initiale était importante, plus les chiffres tensionnels diminuaient lors de l'arrêt. L'abstinence était plus efficace qu'une simple réduction des consommations d'alcool à des doses recommandées (< 2 verres d'alcool par jour).

Concernant les consommateurs d'alcool de plus de 3 verres par jour, la revue systématique de ces 36 études a conclu à une baisse significative de la pression artérielle systolique, toute baisse de consommation d'alcool confondue, pouvant aller jusqu'à 11,9 mmHg et de la pression diastolique pouvant aller jusqu'à 6 mmHg.

Chez les patients buvant 6 verres ou plus d'alcool par jour, la réduction de la consommation d'alcool de moitié, permettait déjà de réduire la pression artérielle systolique de 5,5 mmHg et la pression artérielle diastolique de 3,97 mmHg.

Pour les patients ayant une consommation à 2 verres ou moins par jour, une seule étude a été réalisée avec arrêt complet de l'alcool, elle ne montre pas de diminution significative de l'hypertension artérielle (35).

Une consommation excessive d'alcool va également jouer sur les traitements médicamenteux anti-hypertensifs, elle est source d'échec thérapeutique au même titre que l'inobservance des traitements ou un BMI élevé (36).

6. Les mécanismes physiopathologiques

Il est établi scientifiquement que la consommation d'alcool excessive est responsable d'hypertension artérielle, cependant les mécanismes physiopathologiques sous-jacents ne sont pas encore bien définis. Plusieurs hypothèses ont été étudiées :

- Une modification de la morphologie glomérulaire induite par l'alcool, augmenterait l'expression de la protéine du récepteur de type 1 de l'angiotensine 2 (37).
- L'augmentation de la tension artérielle serait liée au fait qu'une consommation excessive d'alcool chronique induirait un stress oxydatif vasculaire et activerait le système rénine angiotensine (38).
- La consommation excessive d'alcool augmenterait l'activité sympathique par augmentation de la concentration plasmatique de l'adrénaline et de la noradrénaline (39).
- L'alcool influencerait sélectivement les barorécepteurs aortiques et réduirait leur contrôle (40).
- La diminution de la concentration cellulaire de magnésium liée à l'alcool, augmenterait la concentration de calcium responsable d'une hypertension artérielle par augmentation des résistances vasculaires (41).

7. La Communauté d'agglomération (CA) Caux Vallée de Seine

La communauté d'agglomération Caux Vallée de Seine se situe en Seine Maritime et regroupe 3 cantons : le canton de Bolbec, le canton de Caudebec en Caux-bretonne et le canton de Port Jérôme.



Figure 6 : Communauté d'agglomération Caux Vallée de Seine

Ce territoire semi-rural réunit 50 communes, avec actuellement 78 000 habitants, dont plus de la moitié a entre 20 et 64 ans et 16,1% 65 ans et plus (42). La communauté d'agglomération Caux Vallée de Seine est un désert médical, 53 médecins généralistes libéraux exercent sur ce territoire, avec une densité médicale de 6,9 médecins généralistes libéraux pour 10 000 habitants, la densité moyenne en France étant de 9 médecins généralistes libéraux pour 10 000 habitants (43)

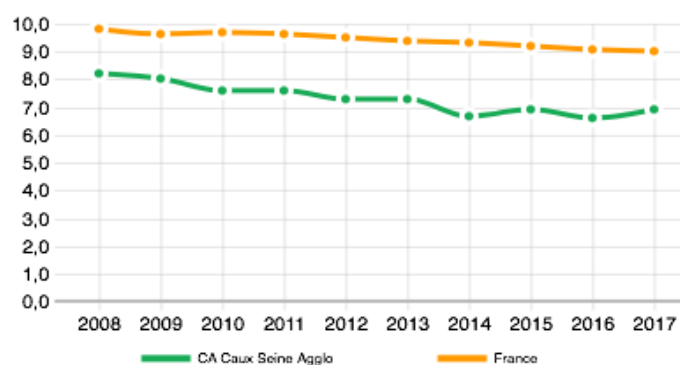


Figure 7 : Densité médicale pour 10 000 habitants

Un centre hospitalier intercommunal est présent sur le territoire, réparti sur deux structures : le site Rosenberg sur la commune de Lillebonne, avec notamment une médecine polyvalente prenant en charge l'addictologie, et le site Fauquet à Bolbec.

Selon le rapport de l'Observatoire Régional de la Santé de Normandie de 2017, dans ce territoire, la consommation quotidienne d'alcool chez les 15-75 ans diminue mais le recours au Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et aux hospitalisations augmente, avec une surmortalité liée à l'alcool, tout âges confondus, de **+ 29 %** par rapport à la moyenne Française, l'un des taux les plus importants de Normandie.

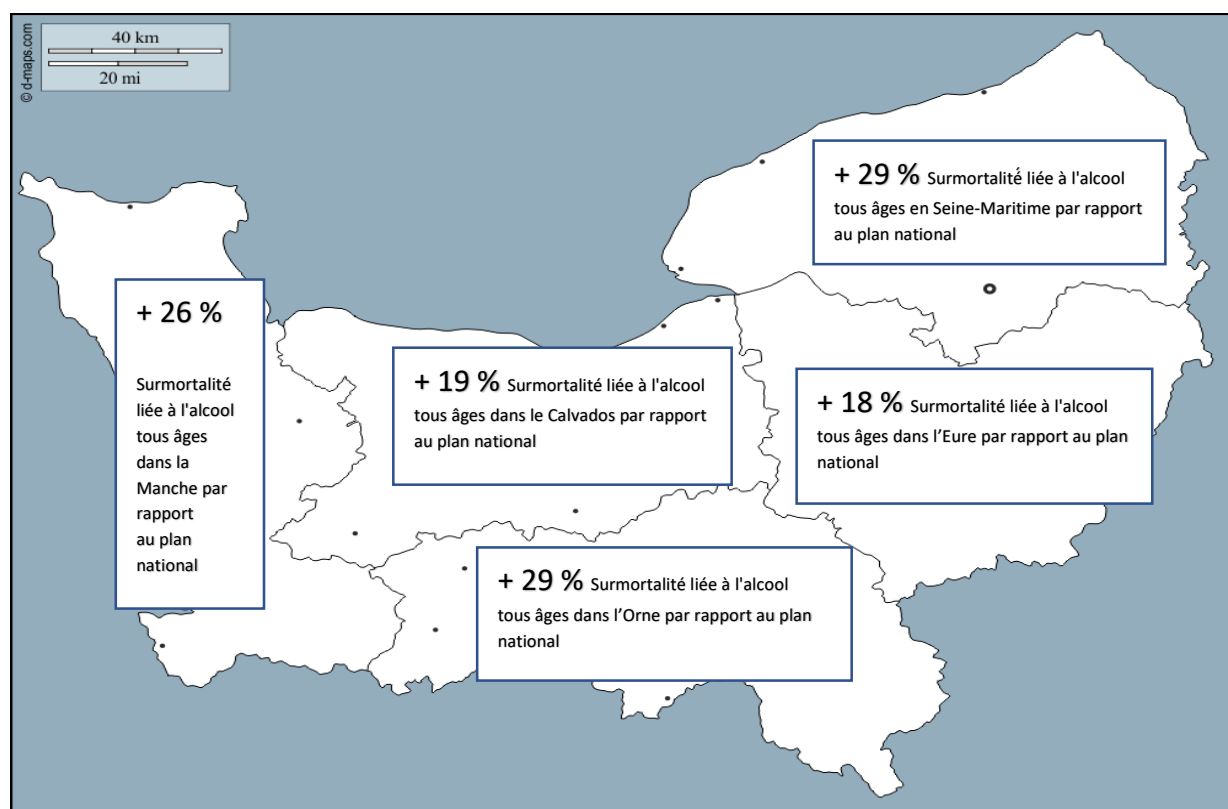


Figure 8 : Surmortalité liée à l'alcool en Normandie comparée à la France

Le centre hospitalier intercommunal Caux Vallée de Seine a accueilli dans le service de médecine polyvalente de janvier à octobre 2018, 76 patients codés selon la CIM10 comme consommateurs d'alcool excessifs et hypertendus. Cette population correspondait à 3,4% des hospitalisations en médecine polyvalente sur cette période. L'âge moyen de ces patients était de 64 ans, et la durée moyenne de leur séjour était de 7,25 jours (6,19 jours toutes pathologies confondues).

Le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie du territoire est appelé le CSAPA des 3 cantons et est présent sur 3 lieux: le centre hospitalier Rosenberg à Lillebonne, le centre hospitalier Fauquet à Bolbec et l'hôpital local de Saint Romain de Colbosc.

Il est composé de 3 médecins à mi-temps, 2 infirmières, 1 éducateur spécialisé, 1 psychologue, 1 secrétaire médicale et 1 cadre de santé.

D'après le décret n°2007_887 du 14 mai 2017 relatif aux missions des CSAPA son rôle consiste à dépister et prendre en charge les addictions, mais également d'effectuer des actions de prévention et de formation auprès de patients et de professionnels de santé (44).

Sur l'année 2017 le CSAPA des 3 cantons a suivi 600 patients, pour 405 patients le motif de la consultation était leur consommation d'alcool, avec 381 dépendants et 100 usagés à risque.

51 patients ont été adressés par des médecins de ville et 256 patients sont venus de leur propre initiative.

II. Matériel et méthode

1. Type d'étude

Pour ce travail il a été choisi de réaliser une étude qualitative semi dirigée.

Contrairement aux études quantitatives, les études qualitatives ne cherchent pas à mesurer ou quantifier mais à interpréter des données verbales, pour analyser des émotions, ainsi que des comportements et phénomènes humains (45).

Cette méthode s'est imposée au vu de la complexité du thème abordé touchant différents domaines (médecine, sociologie, psychologie, anthropologie), ne pouvant être pleinement exploré par une méthode quantitative.

L'objectif n'était pas de savoir combien de médecins abordent le sujet de l'alcool avec leurs patients hypertendus, mais plutôt de savoir comment ils le font.

Dans les études qualitatives, des thèmes prédéfinis sont abordés par des questions ouvertes, ce qui permet une multitude de réponses apportées par les médecins généralistes.

L'étude étant semi-dirigée les entretiens se sont déroulés en face à face entre le médecin interrogé et l'investigateur, ce qui évite le biais d'influence que l'on peut avoir lors des entretiens en groupe, notamment sur ce sujet délicat à aborder.

2. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude était de comprendre quels sont les freins ou les facteurs facilitants que les médecins généralistes de la communauté d'agglomération Caux Vallée de Seine, rencontrent lorsqu'ils parlent des consommations d'alcool avec leurs patients hypertendus.

Les objectifs secondaires étaient :

- premièrement de voir comment un diagnostic d'hypertension artérielle pourrait être un moyen de dépistage des consommations excessives d'alcool.
- deuxièmement de proposer une aide aux médecins généralistes pour faciliter l'abord de ce sujet avec leurs patients hypertendus, en collaboration avec l'équipe du CSAPA des 3 cantons.

3. Constitution de l'échantillon

L'étude s'est déroulée au sein de la communauté d'agglomération Caux Vallée de Seine territoire où la consommation d'alcool est très présente. Les médecins généralistes sont confrontés quotidiennement en consultation aux complications d'une consommation excessive d'alcool. Elle a été réalisée en collaboration avec le CSAPA de ce territoire, dont une des missions est de prévenir les méfaits de l'alcool sur la population.

La population étudiée était donc constituée de médecins généralistes libéraux exerçant sur le territoire de la communauté d'agglomération Caux Vallée de Seine. Ils ont été choisis avec l'aide de mon directeur de thèse afin de varier les avis sur la problématique posée.

Les médecins ont été joints par téléphone via leur secrétariat, ou par mail, afin de savoir s'ils étaient d'accord pour participer à cette étude. Puis un rendez-vous a été fixé au cabinet médical de chaque médecin.

Un médecin généraliste remplaçant dans ce territoire a été interrogé, afin de diversifier l'échantillon, l'entretien s'est alors déroulé à son domicile.

Le nombre de médecins interrogés n'a pas été défini au préalable. Les entretiens ont été arrêtés lorsque la saturation des données a été obtenue (les entretiens n'apportant plus de nouvelles idées).

4. Guide d'entretien (annexe 1)

Les thèmes et questions contenus dans le guide d'entretien ont été choisis en collaboration avec mon directeur de thèse au vu des données de la littérature et de mon expérience personnelle.

Ce guide d'entretien a alors été présenté à l'équipe paramédicale du CSAPA des 3 cantons, au Dr ROUILLE addictologue du CSAPA de Rouen et au sein d'un groupe de FMC de médecins généralistes de la CODAH (Communauté de l'Agglomération Havraise). Suite à leurs remarques les questions du guide d'entretien ont pu être ajustées pour une meilleure compréhension et pertinence.

Il se compose de 4 axes :

- Quel lien est fait entre l'alcool et l'HTA par les médecins généralistes : le but étant de savoir si ce lien est connu des médecins et ce qu'ils en pensent.
- De quelle manière ce sujet est abordé par les médecins généralistes : à quel moment ils évoquent le sujet de l'alcool avec leurs patients hypertendus et comment une hypertension artérielle leur permet de dépister la consommation d'alcool excessive des patients.
- Quels sont les facteurs qui les aident ou les freinent pour aborder le sujet de l'alcool avec leurs patients hypertendus. Comprendre les difficultés rencontrées par les médecins généralistes concernant cette problématique, et voir de quelle manière ils les contournent.
- Quels moyens peuvent les aider à aborder ce sujet plus facilement, quelles solutions pourraient être adaptées à leurs attentes.

Après la réalisation des premiers entretiens, une question a été modifiée pour améliorer sa compréhension. La question « Dans votre expérience personnelle comment utilisez-vous le diagnostic d'HTA de vos patients pour aborder ou surenchériser un problème de consommation excessive d'alcool déjà repéré auparavant ? » est devenue « Comment utilisez-vous un diagnostic d'HTA pour parler d'alcool avec un patient dont vous soupçonnez une consommation excessive ? ». Elle a alors été bien comprise par les derniers médecins interrogés.

Une autre question a été ajoutée pour approfondir et affiner les idées retrouvées, concernant les questionnaires de dépistage des consommations d'alcool, afin de mieux appréhender leur ressenti à l'égard de ce type d'outils.

5. Recueil et analyse des données

Les entretiens ont été enregistrés par dictaphone, puis anonymisés (un chiffre leur a été donné en fonction de l'ordre chronologique des entretiens, de l'entretien 1 à l'entretien 12). Leur retranscription a entièrement été faite manuellement mot à mot sans correction de langage, de reformulation ou d'interprétation via le logiciel Microsoft Word.

Un consentement écrit a été signé par chaque participant (annexe 2).

L'analyse a été faite selon des verbatims (groupe de mots évoquant une idée). Chaque verbatim a été codé par une ou plusieurs idées. Ce qui permet de faire ressortir des grands thèmes dans les textes de retranscriptions, de les mettre en parallèle et de les classer en grandes catégories. L'analyse a été faite sur le logiciel Microsoft Excel.

III. Résultats

1. Caractéristiques de la population étudiée

Entre le 26 juin 2018 et le 1 octobre 2018, 15 médecins généralistes thésés au total ont été interrogés.

Sur les 15 médecins généralistes, 14 sont installés au sein de la communauté d'agglomération Caux Vallée de Seine, et 1 remplace dans ce secteur.

Les entretiens ont duré entre 15 minutes et 53 secondes et 35 minutes et 20 secondes. La saturation des données a pu être obtenue.

| Médecin | Age | Sexe | Nombre d'année d'installation | Activité | Formation en addictologie |
|---------|-----|----------|-------------------------------|--------------------|---------------------------|
| E1 | 58 | Masculin | 26 | Cabinet en groupe | Non |
| E2 | 53 | Masculin | 21 | Cabinet en groupe | Non |
| E3 | 58 | Féminin | 22 | Cabinet en groupe | FMC |
| E4 | 64 | Masculin | 35 | Cabinet en groupe | Non |
| E5 | 49 | Féminin | 16 | Cabinet en groupe | Non |
| E6 | 57 | Féminin | 8 | Cabinet en groupe | FMC |
| E7 | 53 | Féminin | 16 | Cabinet en groupe | Non |
| E8 | 57 | Masculin | 20 | Cabinet individuel | Non |
| E9 | 65 | Masculin | 37 | Cabinet en groupe | Non |
| E10 | 66 | Masculin | 37 | Cabinet individuel | DU |
| E11 | 29 | Féminin | 0 | remplaçant | Non |
| E12 | 60 | Masculin | 31 | Cabinet individuel | Non |
| E13 | 62 | Masculin | 33 | Cabinet en groupe | Non |
| E14 | 63 | Masculin | 25 | Cabinet en groupe | Non |
| E15 | 60 | Féminin | 28 | Cabinet en groupe | Non |

DU : Diplôme Universitaire, FMC : Formation médicale Continue

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon

Par soucis de confidentialité, la CA Caux Vallée de Seine étant un petite territoire de campagne, le lieu d'exercice des médecins n'a pas été précisé.

2. Aborder le sujet de l'alcool chez les patients hypertendus en consultation de médecine générale

2.1. La manière d'aborder le sujet

La façon d'aborder le sujet des consommations excessives d'alcool avec un patient hypertendu varie selon les médecins.

Certains médecins généralistes **posent simplement la question** à leur patient.

E5 : « on pose la question et ils répondent oui ou non »

D'autres médecins abordent cette question **de façon détournée**, dans un souci de **diplomatie**.

E3 : « il faut faire preuve de diplomatie, je pense qu'on ne peut pas être cash »

E14 : « toute vérité n'est pas forcément bonne à dire mais il suffit de l'enrober suffisamment pour qu'elle passe correctement pour arriver à ce qu'on veut »

Le sujet peut également être abordé **en cas de preuve**.

E2 : « le plus évident c'est quand on a ces éléments objectifs pour pouvoir aborder le sujet »

L'évaluation de la prise d'alcool se fait **en quantifiant** la consommation.

E5 : « pour l'alcool je leur demande pas si ils boivent de l'alcool, je leur demande à chaque repas une bière, un verre, je leur demande si ils boivent un verre, deux verres de vin, de bière ou de vin, ou si un apéritif, deux apéritifs ou trois, c'est mieux que de dire vous buvez ou pas, j'ai plus de réponses de cette façon-là »

Pour certains médecins généralistes la question doit être posée **systematiquement**.

E13 : « dès l'instant où je trouve une hypertension je pose la question »

Pour d'autres au contraire la question **ne peut être systématique**.

E2 : « j'ai eu une visite d'une petite dame de la SECU, justement pour aborder ce sujet de manière quasi systématique, là je trouve qu'on est un peu dans l'excès »

2.2. Le moment pour aborder le sujet

La recherche de la consommation excessive d'alcool peut se faire au moment du **diagnostic d'HTA**.

E13 : « dès le 1er interrogatoire <...> ça fait partie de l'interrogatoire classique »

E10 : « assez rapidement, quand on découvre pour la 1^{ère} fois une montée de tension d'abord on contrôle, on... et puis juste après si c'est toujours ... si l'hypertension est toujours présente là on, on y va quoi, on, on aborde tous ces problèmes-là oui »

Cette problématique va être également abordée par les médecins généralistes dans le cadre des **règles hygiéno-diététiques** liée à l'HTA.

E1 : « quand on parle des règles hygiéno-diététiques, forcément l'alcool en fait partie »

E4 : « c'est sûr que si on aborde la ration sodée, on aborde les apéritifs, les biscuits apéritifs, donc l'alcool »

Un des médecins interrogés l'évoque **en cas d'échec thérapeutique** du traitement antihypertenseur.

E7 : « si le traitement est un petit peu compliqué à ajuster, je vais peut-être en parler »

En cas **d'intuition** d'une consommation d'alcool excessive, les médecins traitants s'attardent sur le sujet.

E5 : « quand je vois, les autres facteurs d'alcoolismes, avec les autres stigmates d'alcoolisation chronique j'insiste »

E7 : « si je sens que le patient est quand même consommateur je vais essayer d'aborder un petit peu la chose »

Le sujet doit être abordé lorsque le patient est **en demande** de prise en charge.

E4 : « à partir du moment que vous êtes avec quelqu'un en demande d'une solution de ses problèmes, voilà on aborde le problème »

Les médecins trouvent que **le bon moment** pour aborder le sujet de l'alcool est difficile à trouver.

E11 : « j'ai toujours l'impression de marcher sur des œufs et de pas savoir si c'est le moment opportun pour en parler aussi »

Il ne sera **pas abordé en première intention** dans la prise en charge des patients hypertendus.

E4 : « quand je vois une HTA, hormis le fait d'être devant quelqu'un d'alcoolique évident qui veut aborder le sujet, c'est pas ce, c'est pas la première chose que l'on met en route »

E7 : « Pas à la 1^{ère} consultation, je pense pas, je pense que je vais le faire dans le suivi justement »

2.3. Un sujet pas toujours abordé

Quelques médecins traitants **n'abordent pas** forcément la consommation d'alcool dans le cadre d'une hypertension artérielle.

E2 : « si c'est juste une hypertension artérielle non, j'évoque pas la consommation d'alcool »

E11 : « souvent je parle de la dyslipidémie en fait, enfin des règles liées à la dyslipidémie, je parle du sel, je parle du tabac, et c'est vrai que je parle pas forcément de l'alcool »

Et ce pour plusieurs raisons :

-> Les médecins ne font pas forcément **le lien** entre consommation excessive d'alcool et augmentation des chiffres tensionnels.

E8 : « ben en fait j'avais jamais vraiment fait le lien entre les deux quoi en fait »

-> L'HTA étant une maladie **multifactorielle**, les médecins ont du mal à considérer la consommation excessive d'alcool comme une étiologie de l'hypertension de leurs patients.

E2 : « l'hypertension arrive sur des âges où il y a tellement d'autres comorbidités que dire que c'est l'alcool qui va être responsable de l'HTA c'est un peu, c'est un peu, pas facile à mon sens »

E3 : « c'est difficile de dire directement, comment on peut être sûr que c'est dû à la consommation d'alcool »

-> Au vu des autres **comorbidités** présentes chez les patients hypertendus, la consommation d'alcool n'est pas une priorité.

E2 : « mais ça va pas être ce qui est prioritaire, ce qui est prioritaire ça va être le tabac, qui là à mes yeux est bien plus nocif »

E13 : « ça dépend si la consommation d'alcool est journalière et savoir à quel degré, parce que y a aussi beaucoup de gens qui consomment beaucoup de sel donc en fait pour moi la priorité c'est plutôt le sel, l'alcool bien sûr mais pour moi la priorité c'est plutôt le sel quoi »

-> Le lien entre consommation d'alcool et hypertension artérielle est **inconstant**.

E6 : « c'est pas du 100%, moi j'ai un patient qui picole depuis 30 ans, qui voilà, qui a une tension à 120/80 et donc voilà »

-> D'autres médecins estiment qu'ils **ne sont pas confrontés** à cette problématique car ils ont peu de consommateurs excessifs dans leur patientèle.

E5 : « j'en ai pas énormément moi je suis plus sensible aux plus jeunes »

E8 : « je pense pas avoir énormément de gens qui surconsomment en alcool »

2.4. L'état d'esprit des médecins généralistes

Sur ce sujet les avis **divergeaient**, divisant le groupe en deux.

La moitié des médecins sont très **à l'aise** pour parler de ce sujet avec leurs patients hypertendus.

E4 : « c'est pas plus compliqué qu'autre chose l'alcool »

E9 : « c'est un sujet que j'aborde comme n'importe quel autre sujet <...>, parler du problème d'alcool c'est pas un truc qui me perturbe »

L'autre moitié des médecins se sentent **moins à l'aise** pour évoquer les consommations d'alcool.

E3 : « évidemment que je me sens pas complètement à l'aise »

E15 : « qu'ils soient hypertendus ou pas, c'est pas très facile et c'est toujours un truc qu'est pas très facile à aborder »

2.5. Le rôle du médecin généraliste

Dans cette prise en charge du patient hypertendu, les médecins généralistes ont plusieurs rôles vis à vis de l'alcool.

Tout d'abord un rôle **d'éducation** des patients, sur l'effet de la consommation d'alcool sur la tension artérielle.

E3 : « c'est notre rôle on doit le faire...quelques fois faut simplement les faire percuter, leur faire réaliser que on boit pas d'alcool tous les jours »

Également **d'inciter à une réduction** de la consommation d'alcool des patients hypertendus lorsque cela est nécessaire.

E11 : « la question déjà c'est est-ce que le patient voudra faire quelque chose et comment lui donner envie de faire quelque chose »

Ils doivent surtout **éviter toute accusation** envers leurs patients en gardant une attitude **empathique**.

E4 : « moi je suis pas policier, je suis pas là pour faire avouer des choses qu'ils veulent pas avouer »

E6 : « c'est quand même une relation humaine, on peut pas non plus les mettre complètement, les acculer, ce ne serait pas de toute façon très formateur »

2.6. L'hypertension artérielle pour aborder le sujet

L'hypertension artérielle peut être **un moyen de dépistage** des consommations excessives d'alcool.

E1 : « ça nous permet entre autre effectivement de dépister, d'aborder le problème de l'alcool chez ces patients »

Cette hypertension artérielle peut également être présentée au patient comme **une complication** de sa consommation excessive d'alcool, dans le but de réduire ses consommations.

E5 : « dans l'hypertension il y a des facteurs de risques, et plus largement dans les problème cardiovasculaires et l'alcool est un problème »

E7 : « Oui ben oui évidemment je vais en profiter ça fera un argument de plus pour essayer d'être convaincant et qu'il diminue la consommation »

Certains médecins présentent l'hypertension artérielle comme **une porte d'entrée** vers d'autres complications plus graves liée à la consommation excessive d'alcool.

E7 : « Je vais lui dire oui là on commence à avoir des problèmes d'hypertension, on va peut-être avoir d'autres problèmes après de cirrhose etc de carcinome etc. »

E11 : « qu'ils se disent « oui ma consommation peut aggraver mon hypertension et du coup favorise mon risque d'AVC, d'infarctus, tout ça » peut-être qu'en effet ça peut être une motivation différente que juste la culpabilisation de la consommation d'alcool »

3. Les obstacles rencontrés par les médecins généralistes pour aborder le sujet de l'alcool avec leurs patients hypertendus

Pour aborder les consommations d'alcool chez leurs patients hypertendus les médecins généralistes font face à plusieurs difficultés qui peuvent être liées au médecin lui-même, à leurs patients, mais également au produit « alcool » avec ses particularités de prise en charge, sa représentation et sa place dans notre société actuelle.

3.1. Liés au médecin

3.1.1. La thématique de l'alcool

La thématique de l'alcool **n'intéresse pas** toujours les médecins traitants.

E7 : « je cache pas que ça m'intéresse moyen »

E13 : « c'est pas quelque chose qui me passionne <...>, j'ai eu l'habitude en fait depuis que je suis installé à passer la main »

Les médecins traitants estiment **ne pas maîtriser** ce sujet et ne pas avoir eu la formation nécessaire.

E2 : « j'avoue que c'est pas un sujet que je maîtrise totalement »

E7 : « c'est vrai que dans ma formation <...> je me souviens pas tellement de cours, je me demande même si on a eu de l'addictologie, je vous cache pas, je pense que non <...> c'est vrai qu'on n'a pas été formés à ça du tout hein, du tout »

3.1.2. La relation médecin malade

La relation médecin malade est une relation empathique et bienveillante, en abordant la consommation d'alcool les médecins ont **peur de choquer**.

E11 : « puis parfois on sait pas trop s'ils ont envie de nous en parler à nous donc c'est pas toujours évident, c'est un sujet tabou, on a toujours peur de vexer les gens je pense un petit peu, de les mettre mal à l'aise »

Aborder la consommation d'alcool avec son patient hypertendu est un risque de **rompre** la relation médecin malade et de le **perdre de vue**.

E6 : « la peur de rompre la relation, moi ça m'est déjà arrivé de plus revoir les gens »

E5 : « mais après quand on y va trop souvent on perd les patients, ils disparaissent de la circulation, et dès fois ils consultent plus du tout, plus personne, et en général c'est ça, ils vont rarement voir un autre médecin, ils consultent plus, même quand il ont des traitements lourds »

Les patients hypertendus sont souvent des patients connus depuis plusieurs années. Certains médecins trop proches de leurs patients **n'osent plus** aborder ce sujet.

E12 : « au bout de 30 ans on a des gens qui sont pas des amis intimes mais qui sont pas copains mais enfin c'est quand même des gens qu'on connaît depuis 30 ans, qu'on tutoie ou des choses comme ça, et là ça peut être un peu plus euh, ça redevient délicat pour ces gens-là »

Selon les médecins, les patients craignent que leurs confidences ne soient **divulguées** à des membres de leur famille, à tort, puisqu'ils sont soumis au **secret médical**.

E12 : « quand on les connaît trop enfin quand on connaît bien la famille, on connaît la femme, on connaît le mari enfin comme ça, on a parfois plus de mal à avoir des confidences des gens parce qu'ils ont à ce moment-là ils ont peur, à tort puisque on ne répète jamais rien, qu'on rompe le secret ou qu'on en parle à l'entourage et je pense que ça, ça joue »

Cette proximité va également nuire au poids de **la parole** du médecin.

E12 : « quand on devient presque trop copain avec, ça devient ouais ça me semble plus difficile à ce moment-là, enfin c'est pas que ça devient difficile mais le message est moins bien entendu »

La qualité de la relation entre les médecins et les patients va influencer la façon d'aborder le sujet.

E6 : « chaque patient est différent ça évidemment je vous l'apprends pas, et puis on a des relations plus ou moins privilégiées, y a des patients ouais spontanément ben oui je vais me sentir pas trop assez proche pour pouvoir en parler ou j'ai peur de choquer. Et puis y en a d'autres on sent aussi que le sujet bon les choque pas hein tout dépend, ça dépend de la personnalité je crois hein »

3.1.3. Vécu professionnel

Les **échecs de prise en charge** des patients ayant une consommation alcoolique excessive, découragent les médecins généralistes.

E7 : « j'ai remplacé longtemps à Bolbec quand même, qui est quand même un noyau dur au niveau addictologie hein j'en ai quand même vu des vertes et des pas mûres et je pense que voilà, c'est quand même des gens, il faut quand même beaucoup, beaucoup discuter, faut répéter 10 fois les mêmes choses pour essayer d'être entendu, effectivement c'est pas super gratifiant pour le patient hein ça c'est vrai hein, donc je pense ça m'a un peu dégoûtée, je reconnais »

Les médecins généralistes étant en première ligne, doivent gérer **une multitude** de problèmes de santé.

E3 : « quand on est généraliste il y a tellement de choses qu'on pense pas toujours »

3.1.4. Dénier du médecin

Comme évoqué auparavant, les patients hypertendus sont souvent connus de longue date, et une relation forte peut s'être installée, ce qui entache l'**objectivité** des médecins traitants.

E6 : « j'ai vu 3 patientes qui clairement étaient alcooliques et je suis passée à côté, car je les suivais depuis longtemps, et je les aimais bien, et je pense que je ... je voulais pas voir quelque part, j'ai jamais pu conceptualiser le fait qu'en fait elles buvaient en cachette seules, chez elles, donc c'est pas toujours facile »

3.1.5. Consommations du médecin

Parler des consommations d'alcool à son patient, renvoie les médecins à **leurs propres consommations**.

E11 : « mais probablement que nous aussi on, en tant que médecin, on minimise parfois cette consommation du fait que les français consomment quand même pas mal d'alcool et que nous aussi on en consomme dans notre vie personnelle et sans forcément que ce soit dans une consommation excessive mais je pense qu'on a tous tendance à minimiser un petit peu les choses parfois »

E14 : « et puis on est tous pareil, on est tous dans le même lot au fond, c'est pas parce qu'on est médecin qu'on, voilà. Moi ici je vais engeuler quelqu'un à la limite parce qu'il picole, si c'est un copain même, par contre si le copain il vient chez moi je vais sortir une bonne bouteille de pinard parce que c'est pas le même endroit, c'est pas le même mec »

3.1.6. Chronophage

La prise en charge des consommations excessives d'alcool et des addictions en général est **chronophage**. Dans le contexte actuel où les médecins généralistes manquent de temps, la consommation d'alcool n'est pas forcément le principal des médecins.

E6 : « ça prend du temps aussi, enfin voilà, tout dépend dans le contexte où on est, si on est en épidémie de grippe, on a moins tendance à demander le sujet des addictions »

E3 : « je perds trop temps et puis c'est quand même chronophage »

3.1.7. La réputation du médecin généraliste

Un médecin a exprimé la peur d'avoir **une mauvaise réputation** s'il évoque les consommations d'alcool avec ses patients hypertendus.

E12 : « alors quand on s'installe on a toujours peur aussi on sait pas où on va moi je suis parti de zéro alors on a toujours peur de faire une connerie machin qu'il y ai un bruit qui court »

3.2. Liés au patient

3.2.1. Méconnaissance du patient

Pour les médecins généralistes, le lien entre consommation excessive d'alcool et élévation des chiffres tensionnels n'est **pas une notion connue** par les patients, pour eux les complications seraient seulement liées à son hépato toxicité.

E6 : « pour l'alcool ça reste très concentré foie et tout ça, ils pensent pas que ça peut avoir une incidence sur le cœur »

De même, les médecins pensent que **les limites d'une consommation excessive** d'alcool ne sont pas toujours bien connues des patients.

E1 : « les gens ne savent pas ce que c'est une consommation excessive, 3 verres .. 3 verres de quoi, ils savent pas ce que ça veut dire »

3.2.2. Déni du patient

Les médecins généralistes s'accordent à dire, qu'un des problèmes les plus fréquemment rencontrés est **le déni** du patient sur ses consommations d'alcool.

E1 : « tu bois 2 ou 3 verres avec ses potes tous les jours, ça c'est dans la journée, plus le whisky le soir en rentrant, c'est surtout eux qui sont compliqué, ces gens-là ils boivent pas, dans leur tête ils ne boivent pas »

E6 : « un jour je lui ai fait une alcoolémie au laboratoire, il avait 3 grammes, il m'a ramené l'analyse, il était pas très intelligent donc il avait pas compris ce que c'était l'alcoolémie, et quand je lui ai dit ba ... il m'a dit : c'est le laboratoire qui s'est trompé, vous voyez jusqu'où ça peut aller, le déni, il est quand même important »

3.2.3. Consommations non connues

Pour les médecins généralistes certains patients **cachent** délibérément leurs consommations d'alcool à leurs médecins traitants.

E5 : « la réponse quand ils ont envie de la cacher, ils la cachent, quand ils ont envie de mentir, ils mentent, puis délibérément »

E6 : « elle fait ses courses au même endroit que moi, une fois je suis arrivée au supermarché et elle avait clairement 3-4 litres de pastis dans son caddie, donc et j'ai bien vu qu'elle faisait un détour dans les rayons pour pas me rencontrer »

L'hypertension artérielle apparaît chez des patients qui **ne consultent pas** forcément leur médecin traitant.

E1 : « surtout chez les hommes qu'on ne voit jamais en fait, c'est ça le problème <...> si c'est un type qui a 40-50 ans, souvent c'est la médecine du travail, parce que ces hommes-là on les voit jamais »

3.2.4. Refus de soins

Les médecins généralistes font face à **un refus de soins** de leurs patients en ce qui concerne la consommation excessive d'alcool :

Dans certaines situations, aux yeux des médecins, les patients ne veulent tout simplement pas **discuter** de ce sujet et de la possible prise en charge.

E15 : « on arrive pas à aborder le sujet avec quelqu'un qui est fermé »

E11 : « la question déjà c'est est-ce que le patient voudra faire quelque chose »

Dans d'autres cas même si les patients sont conscients du côté néfaste de leurs consommations, ils ne souhaitent pas les **prendre en charge**.

E5 : « celui qui m'a refusé plusieurs fois, et de me dire on va quand même pas arrêter tous les plaisirs de la vie, je fume, je bois, ok vous fumez vous buvez vous faites ce que vous voulez, moi je vous le dit, après ... »

3.2.5. Des maladies silencieuses

Les médecins généralistes pensent que le **manque de symptomatologie** de l'hypertension artérielle et des consommations excessives d'alcool est responsable d'un désintérêt de leurs patients à se prendre en charge.

E1 : « la difficulté c'est l'hypertension comme l'alcool, c'est que les gens sont pas malade »

E11 : « souvent les gens s'ils sont pas malades ils disent que c'est pas si grave finalement »

3.2.6. Les caractéristiques du patient

En fonction des **caractéristiques** des patients hypertendus, les médecins rencontrent des difficultés à aborder le sujet.

Chez les patients d'un **âge avancé** les médecins généralistes pensent que le sujet est plus délicat à aborder.

E1 : « on a des difficultés avec des gens qui sont un peu plus âgés »

Pour les médecins généralistes il est plus difficile de parler des consommations d'alcool avec **les femmes**.

E12 : « les femmes elles ont beaucoup de mal encore à aborder le sujet »

D'après les médecins la façon d'aborder le sujet de l'alcool avec les patients va surtout dépendre de leur **personnalité**.

E14 : « c'est en fonction de la personnalité de la personne qu'on a en face »

3.2.7. Le mode de vie

La consommation d'alcool est quelque chose **d'ancré dans la vie quotidienne** de certains patients, les médecins traitants ont des difficultés à faire face à ses **habitudes de vie**.

E1 : « j'ai plein de gens qui le soir quand ils rentrent chez eux ils prennent l'apéro, c'est systématique et normal »

Les médecins généralistes sont parfois confrontés à des patients avec un **environnement peu propice** à l'arrêt de la consommation d'alcool.

E6 : « pour des gens qui vivent seul avec leur chien, vous avez beau leur dire c'est compliqué, c'est compliqué »

3.3. L'alcool, ses représentations, sa place dans notre société, et ses particularités de prise en charge

3.3.1. Le rôle de l'alcool

Les médecins généralistes pensent que la consommation d'alcool de leurs patients a pour but de les **apaiser**.

E4 : « mais l'alcool c'est quand même le premier anxiolytique, si les gens picolent c'est qu'ils veulent calmer leurs angoisses, ils veulent dormir, on va remplacer par quoi des anxiolytiques, et puis ceux qui arrêtent de boire ici ils fument du shit »

L'alcool est également utilisé à des fins **sociales** et est associé à une certaine **convivialité**.

E2 : « l'alcool ça fait partie de la vie sociale, dans notre pays »

E14 : « L'association convivialité alcool faudrait essayer de la changer, on peut sortir un verre d'eau voilà, on est pas obligé de sortir l'apéro »

Certaines consommations sont dites « **mondaines** », les patients consomment de petite quantité d'alcool mais de façon trop régulière et n'ont pas le sentiment d'être dépendant. Cependant cette consommation a des conséquences sur leur santé.

E1 : « J'ai une expérience avec un petit père qui est mort d'une cirrhose, qui était un alcoolique mondain »

E12 : « l'alcoolisme on a je dirais 80% d'alcoolisme mondain, enfin des gens qui consomment de l'alcool sans en avoir vraiment conscience »

3.3.2. La prise en charge

La prise en charge des patients dépendants de l'alcool est vue par les médecins traitants comme quelque chose de **complexe** étant donné la multitude des profils de consommateur que l'on peut rencontrer.

E6 : « je pense qu'il y a pas qu'un alcoolique, mais des alcooliques, je pense qu'on peut pas donner à tout le monde le même suivi, les même objectifs, c'est très très complexe »

Les caractéristiques **addictives** de ce produit, rendent sa prise en charge difficile.

E5 : « après ils veulent bien comprendre, mais ça reste des dépendants et des dépendants c'est au-delà de cette réponse-là »

Les médecins généralistes font face à des **échecs thérapeutiques**, ce qui les freinent à prendre en charge leurs patients.

E5 : « Moi je trouve que les alcooliques, moi je suis un peu, je veux dire que je suis un peu dur, j'ai un peu de mal à me dire qu'on va en sauver beaucoup »

Prendre en charge des patients consommateurs excessifs, est quelque chose de **peu gratifiant** aux yeux des médecins.

E3 : « les patients c'est franchement pas des patients très facile à prendre en charge, pour nous c'est pas toujours très gratifiant »

3.3.3. Une pathologie mal définie

Les médecins généralistes estiment que **la limite de la consommation excessive** d'alcool n'est pas bien établie en France.

E6 : « on est quand même un pays de viticultrice faut pas l'oublier, donc l'alcool a aussi une connotation négative quand on en boit trop et positive quand on en boit modérément, donc c'est parfois difficile pour les gens de s'y retrouver. La limite est pas claire »

E5 : « je fais passer le message comme quoi il y a pas besoin d'être saoul pour être alcoolique, mais c'est pas encore vraiment dans les mœurs »

Le message des **pouvoirs publics** n'est pas clair, notamment en ce qui concerne le vin.

E5 : « en France là quand on a entendu notre président dire que 3 verres de vins par jours ce n'était pas un problème, moi je trouve que c'est un problème de boire tous les jours, moi je trouve que le message n'est pas clair, et de dire que le vin rouge ou je ne sais pas quel vin c'est bon pour la santé, je ne suis pas d'accord »

3.3.4. Facilité d'accès

En France se procurer de l'alcool, notamment en supermarché, est une chose **facile**, bien que cette substance soit source de pathologie.

E6 : « Sortez d'ici allez à l'Intermarché, vous avez une rangée de chaque côté pleine d'alcool, donc c'est vraiment quelque chose qui est facile à se procurer <...>, quand je fais mes courses je passe pratiquement jamais au rayon alcool, mais si je voulais, c'est facile »

3.3.5. Une mauvaise image

Les médecins généralistes ont le sentiment que le sujet de l'alcool reste quelque chose de **tabou**, notamment en comparaison au tabac, du fait de sa connotation péjorative et de sa stigmatisation.

E2 : « mais c'est vrai qu'on a plus de facilité à parler du tabac que de l'alcool car la connotation d'alcoolique, n'est pas du tout la même que la connotation tabagique, même si c'est deux addictions »

E6 : « avant il y avait les alcooliques anonymes, les groupes de parole, je trouve qu'on est moins dans ça maintenant, les gens sont assez réticents à exposer leurs trucs devant tout le monde »

Certains patients des médecins interrogés vivent leurs problèmes de consommations excessives d'alcool comme une **honte**.

E5 : « ils vont ailleurs dans d'autres secteurs, j'en ai qui vont consulter à Bois-Guillaume par exemple et d'autres qui vont à Monod, en général c'est ceux pour qui, qui cachent vraiment à l'entourage, qui ont compris qu'ils étaient alcooliques, parce que voilà, mais qui en plus le cachent, pour qui c'est une honte »

Selon un médecin interrogé, cette honte pourrait amener les patients à **ne pas parler** de leur consommation excessive d'alcool à leur médecin traitant

E11 : « les gens nous parlent plus librement aux remplaçants parce qu'ils osent dire des choses qu'ils osent pas forcément dire à leur médecin parce que leur médecin ils ont envie <...> enfin y a une relation de confiance qui s'installe, ils ont pas envie de décevoir leur médecin »

3.3.6. L'alcool au sein de la Communauté d'Agglomération Caux Vallée de Seine

Au sein de la **Communauté d'Agglomération Caux Vallée de Seine** l'alcool est une chose très présente socialement et qui peut être très excessive.

E4 : « ici on a deux supermarchés qui sont classés numéro un national au niveau rayon boisson, l'Intermarché, donc c'est pas par hasard »

E7 : « Mon mari est biologiste, donc il a travaillé à Bolbec et il disait que quand même au niveau bilans hépatiques il avait jamais vu des choses pareilles »

Notamment dans le **cadre familial**.

E4 : « vous savez le problème ici, c'est qu'ils sont toujours en fêtes, alors même à paques c'est encore les fêtes de Noël, et puis après il y a les barbecues, et puis il y a les communions et machin, donc ils sont toujours en fêtes, ils ont toujours de bonnes raisons pour picoler »

3.3.7. Les lieux de prise en charge

Les médecins généralistes n'ont **pas une bonne image** des structures de soins ou des associations prenant en charge les consommations excessives d'alcool.

E2 : « le type qui il boit 3 verres par jour si tu l'envoie aux alcooliques anonymes, dans un endroit comme ça, dans ce milieu-là, c'est à mon sens pas tout à fait sa place, et déjà je pense qu'il ne sera pas adhérent, parce que quand il va arriver, il va voir les types, enfin ça va pas aller »

Les médecins traitants pensent qu'au sein de la Communauté d'Agglomération Caux Vallée de Seine, il est difficile pour les patients d'utiliser les structures de soins et associations d'addictologie, par son **manque d'anonymat propre au territoire**.

E6 : « ici on est quand même dans un endroit où tout le monde se connaît, donc c'est pas facile de parler devant des gens qu'on connaît. Peut-être dans les grandes villes c'est plus facile, mais ici c'est pas très anonyme, les alcooliques anonymes, ils sont pas du tout anonyme ici »

4. Les facteurs facilitant l'abord du sujet de l'alcool avec les patients hypertendus

Pour aborder le sujet de l'alcool avec leurs patients hypertendus, les médecins généralistes ont identifié plusieurs éléments qui les aident. Ces éléments peuvent être liés à eux même, à leurs patients, ainsi qu'à leur pratique médicale.

4.1. Liés au médecin

4.1.1. L'expérience du médecin

Pour les médecins généralistes **l'ancienneté de l'exercice médicale** leur permet d'aborder le sujet de l'alcool sans crainte, et un peu plus souvent.

E3 : « en vieillissant quand même dès fois j'arrive un peu plus à dire les choses un peu plus frontalement »

E14 : « en vieillissant on y pense plus souvent mais au départ... »

4.1.2. Vécu personnel

Le **vécu personnel négatif** des médecins généralistes concernant les consommations excessives de l'alcool, va influencer leur façon d'aborder le sujet de l'alcool avec leurs patients hypertendus.

E5 : « dans mon vécu familial, c'est quelque chose qui m'est insupportable, je ne supporte pas les alcooliques, donc j'ai vraiment une forte motivation pour que les gens arrêtent et qu'ils comprennent que c'est nocif pour eux »

4.1.3. La formation

Les **formations** en addictologie aident les médecins généralistes à aborder le sujet avec leurs patients notamment hypertendus.

E6 : « j'ai fait deux formations sur l'alcool qui m'ont été bénéfiques »

Savoir prendre en charge des consommations excessives d'alcool incite les médecins traitants à aborder le sujet de l'alcool.

E10 : « si c'est vraiment un problème je, je saurais vers quoi aller, quel chemin prendre pour ça, que ce soit dans le bilan, que ce soit dans le traitement »

4.1.4. La relation médecin malade

La relation instaurée entre les médecins et les patients va aider à aborder ce sujet.

Lorsque les **médecins connaissent leurs patients**, ils savent de quelle manière aborder le sujet de l'alcool.

E3 : « ces patients après on les connaît on sait comment en général l'aborder moi je pense que c'est quand même un avantage »

Le climat de confiance instauré par les médecins généralistes permet aux patients d'aborder **sans crainte** les consommations d'alcool.

E15 : « mes patients que j'ai choisis, qui me suivent depuis longtemps, ils savent qu'ils peuvent tout me dire et que s'ils ont un souci d'alcool ou s'ils veulent arrêter »

Connaître son patient permet aux médecins généralistes de repérer **les patients à risque** de consommation excessive d'alcool et de les aborder.

E5 : « globalement comme ça fait quand même 15 ans que je suis la plupart des gens, je sais un peu quand même ceux qui ont un risque, ou qui sont alcooliques, et qu'ont les raisons de l'être »

4.1.5. Les médecins de la Communauté d'Agglomération Caux vallée de Seine

Les médecins généralistes de la Communauté d'Agglomération Caux Vallée de Seine, habitent pour la plupart au sein de ce secteur, et **croisent leurs patients**, ce qui les aide à repérer les consommateurs excessifs.

E1 : « je vis à Lillebonne, je les vois les types donc c'est plus facile, oui forcément »

4.1.6. Désert médical

Le **manque de médecins généralistes** notamment au sein de la Communauté d'Agglomération Caux Vallée de Seine permet d'aborder le sujet sans crainte de perdre son patient.

E12 : « il y a 30 ans on pouvait avoir des appréhensions parce qu'on se disait il va foutre le camp il va aller voir quelqu'un ailleurs, aujourd'hui malheureusement pour eux <...> on peut aborder tous les sujets tranquillement parce que de toute façon même s'ils se vexent c'est triste à dire mais ils ne trouveront pas un autre médecin »

4.2. Liés aux patients

4.2.1. Le désir du patient

Pour les médecins généralistes, lorsque **les patients sont désireux** de réduire leurs consommations d'alcool aborder le sujet devient plus simple.

E11 : « c'est pas toujours facile, en fait c'est l'abord du problème, après une fois que le patient, en a parlé et qu'on sent qu'il est prêt à en parler les choses sont tout de suite plus simples »

4.2.2. L'entourage du patient

Les médecins généralistes s'accordent à dire que bien souvent **l'entourage** des patients consommateurs excessifs les informent de la situation, ce qui permet d'aborder le sujet de l'alcool.

E2 : « le conjoint, plutôt la conjointe, qui est là, et qui balance devant son conjoint, ça c'est aussi une porte d'entrée assez facile pour pouvoir aborder le sujet »

E12 : « en général c'est plus l'entourage qui vient tirer la sonnette d'alarme »

4.2.3. Les caractéristiques des patients

Un des médecins déclare se sentir plus à l'aise à aborder le sujet avec **les femmes**.

E3 : « à la limite je suis plus à l'aise, avec, je sais pas pourquoi, je suis plus à l'aise avec les femmes »

4.2.4. La loi

Pour les médecins généralistes, **l'interdiction de l'alcool au volant**, peut amener les patients à aborder leurs consommations excessives d'alcool.

E12 : « s'ils viennent d'eux-mêmes spontanément c'est souvent c'est ça c'est ils se sont fait chopés eux à la trompette »

4.3. Liés à la pratique médicale

4.3.1. La clinique

Les médecins généralistes s'appuient sur des **signes cliniques** pour détecter les éléments en faveur d'une consommation excessive d'alcool chez leurs patients hypertendus et aborder le sujet.

E2 : « vous avez des mecs qui ont un gros nez rouge comme ça qui sentent l'alcool, et qui disent non non moi je bois pas, et donc vous pouvez leur dire écoutez-moi j'ai une forte présomption de l'inverse »

E11 : « la palpation hépatique, mais bon c'est dommage d'attendre qu'il y ait un gros foie pour en discuter »

Lors de leurs examens cliniques ils peuvent également détecter **les attitudes de leurs patients**, et les inciter à rechercher des consommations excessives d'alcool.

E6 : « leur attitude, leur gêne quand on aborde le sujet »

E3 : « s'il y a un changement de comportement, quelque chose qui est arrivé dans sa vie, qui va pas bien, qu'il est déprimé, j'ai peur qu'il trouve un moyen de compenser »

4.3.2. Examens complémentaires

Les médecins généralistes s'appuient de différentes manières sur les éléments biologiques pour aborder la consommation d'alcool avec leurs patients hypertendus.

Lorsque **les marqueurs biologiques** de consommation excessive d'alcool augmentent, les médecins généralistes abordent le sujet.

E7 : « si dans mon bilan biologique aussi j'ai des indicateurs hein c'est sûr que là je vais me permettre certainement des petites choses quand même, des petites remarques »

Dans la biologie tous les médecins traitants utilisent le **Volume Globulaire Moyen (VGM)**, le **bilan hépatique** et les **Gamma Glutamyl Transpeptidase (GGT)**.

E2 : « les gamma, vous avez le VGM qui est élevé, tout ça c'est des éléments qui me laisse penser, une petite cytolyse, tout ça c'est des éléments qui me laisse penser que vous avez une consommation d'alcool excessive »

Seulement quelques-uns effectuent le dosage des **Carboxyl Deficient Transferrin (CDT)** en plus.

E4 : « VGM, le CDT, les GGT »

Le caractère **objectif** de la biologie leur permet d'aborder facilement le sujet de l'alcool.

E9 : « avec des choses objectives sur le bilan sanguin on peut aborder plus facilement le problème »

Les médecins généralistes utilisent la biologie pour **faire réagir** leurs patients et **introduire** le sujet de la consommation excessive d'alcool.

E3 : « souvent je le fais pour me dire s'il y a quelque chose ça va le faire réagir »

E6 : « quand vous avez des CDT, ils vous demandent c'est quoi là ces CDT, je leur explique et puis là parfois ça peut amorcer le dialogue »

Certains médecins traitants s'appuient également sur **l'imagerie** pour avoir un argument supplémentaire pour aborder le sujet de l'alcool de façon légitime.

E12 : « plus ou moins échographie après, mais pas en 1^{ère} intention suivant les résultats, ou alors effectivement si j'ai une hépatomégalie franche »

4.3.3. Critères de la Rémunération sur l'Objectif de Santé Public (ROSP)

Un des critères de la **ROSP**, qui juge de la qualité de la pratique médicale des médecins généralistes exerçant en cabinet, consiste à dépister les consommations excessives d'alcool, ce qui incite les médecins généralistes à aborder le sujet de l'alcool avec leurs patients hypertendus.

E3 : « je m'en fiche de la ROSP, mais en fin de compte du coup j'y pense »

4.3.4. Les logiciels médicaux

L'intégration de questionnaires sur les addictions dans **les logiciels médicaux** incite les médecins généralistes à aborder le sujet de l'alcool.

E2 : « depuis que là on a sur nos logiciels le petit truc intervention alcool, intervention tabac et tout, on y pense plus »

Le fait que les questions soient **posées par le logiciel** médical facilite l'abord des consommations d'alcool.

E6 : « on a un logiciel maintenant qui nous intègre les facteurs de risques, donc c'est plus facile à la limite parce que je leur dit : « bon je vous fait faire un petit dépistage on a 4 questions à vous poser : alcool, cannabis, tabac » à la limite c'est plus facile, on leur présente ça comme un espèce de test »

5. La prise en charge de la consommation d'alcool excessive chez les patients hypertendus par les médecins généralistes

5.1. Au cabinet médical

5.1.1. Intervention brève

Lorsqu'ils découvrent une consommation excessive d'alcool chez leurs patients hypertendus, les médecins généralistes leur **conseillent de réduire** leur consommation d'alcool pour améliorer l'élévation de leur chiffres tensionnels.

E13 : « dès l'instant où je trouve une hypertension de toute façon je leur dis c'est comme ça et c'est pas autrement, après c'est leur choix, donc soit ils réduisent leur consommation d'alcool soit ils réduisent leur consommation de sel mais je les persuade qu'il faut le faire »

Par la suite dans le suivi de leurs patients les médecins traitants réexpliquent l'intérêt de la **diminution de la consommation** d'alcool sur leur hypertension artérielle.

E5 : « je lui redis régulièrement, et que s'il pouvait diminuer ça pourrait aussi diminuer le traitement, peut-être l'arrêterai »

5.1.2. Prévention

Les médecins généralistes effectuent de **la prévention** auprès de leurs patients pour éviter l'apparition d'une hypertension artérielle secondaire à une consommation excessive d'alcool.

E15 : « en général mon attitude c'est de donner à chacun les clés pour bien vieillir : « vous voulez profiter de la vie, vous voulez bien vieillir, vous voulez pas ... ben voilà ayez une vie saine » »

5.1.3. Sevrage

Les médecins généralistes prennent en charge des **sevrages** partiels ou totaux au cabinet médical

E7 : « du sevrage moi je, j'essaye d'en faire enfin du sevrage, de la diminution et du sevrage spontanément »

Le suivi se fait de façon **régulière**, et permet de reconstruire le niveau des consommations d'alcool à chaque consultation.

E5 : « on se revoit tous les 3 mois, puis on voit »

E14 : « il faut enfoncer le clou à chaque fois, à chaque fois qu'on les voit on leur demande vous en êtes où »

Pendant ces consultations, les médecins généralistes **conseillent** leurs patients pour obtenir une diminution de leurs consommations d'alcool.

E14 : « on leur donne des tuyaux, on a quelqu'un qui, qui ça fait 10 ans qu'il prend l'apéro tous les soirs, il prend 1 ou 2 whisky tous les soirs, ben faut arriver déjà à lui dire bon la semaine tu bois plus, pas une goutte d'alcool et puis le week-end bon tu peux t'envoyer un peu en l'air et puis voilà et ainsi de suite quoi »

5.2. Pluridisciplinaire

Bien que les médecins généralistes prennent en charge la réduction des consommations d'alcool au cabinet, ils peuvent faire intervenir d'autres acteurs de santé.

5.2.1. Structures d'addictologie

Les médecins généralistes conseillent l'**addictologie** à leurs patients hypertendus.

E7 : « je conseille très facilement l'addictologie »

Ils utilisent principalement le **CSAPA** des 3 cantons de la Communauté d'Agglomération Caux Vallée de Seine.

E6 : « je les adresse au centre à Lillebonne, au gens qui s'occupent de ça, au CSAPA »

Le CSAPA des 3 cantons **les aident** dans la prise en charge de leurs patients hypertendus ayant une consommation d'alcool excessive.

E12 : « ben le CSAPA il me rend bien service parce que bon je leur refile mes patients, ils m'aident »

Les médecins généralistes estiment qu'adresser leurs patients en addictologie permet d'avoir **un deuxième regard** et une **meilleure écoute** de leurs patients hypertendus.

E3 : « si je les connais depuis longtemps, je trouve que d'avoir un avis extérieur c'est bien »

E12 : « en adressant au CSAPA là il y a une autre oreille et puis quelqu'un qui leur dit exactement la même chose peut-être en plus dur »

Un des médecins interrogés pensent que le suivi en addictologie est **lourd** et peut **décourager** ses patients.

E6 : « Le CSAPA, c'est quand même assez lourd au niveau suivi, pour des gens qui travaillent c'est pas évident, c'est bien il les voit souvent, mais il y a des gens qui lâchent car ils trouvent ça trop prenant »

5.2.2. Hôpital de jour

Les médecins généralistes peuvent adresser leurs patients hypertendus à **l'hôpital de jour** du service de médecine polyvalente de l'hôpital Rosenberg de Lillebonne. Le sujet des consommations d'alcool excessives y est alors abordé.

E13 : « souvent j'envoie à l'hôpital de jour pour faire un bilan d'hypertension en fait global, et puis à partir de là toutes les thématiques sont abordées, puis après je reprends le relais »

5.2.3. Psychiatrie

Un des médecins interrogés pense que dans certains cas la prise en charge des consommations excessives d'alcool devrait être effectuée par les **psychiatres** plutôt que le CSAPA.

E6 : « ça relevait peut-être plus du psychiatre que du CSAPA parfois, je pense que la psychiatrie devrait plus s'occuper aussi des alcooliques »

5.3. Questionnaires standardisés :

La plupart des médecins généralistes interrogés **n'utilise pas de questionnaires** standardisés pour dépister les consommations d'alcool excessives chez leurs patients hypertendus.

E1 : « non pas de questionnaire »

Les médecins généralistes pensent que les patients ne sont pas sincères lorsqu'ils répondent à ces questionnaires, et que ces derniers ne sont **pas adaptés** si le patient est dans le déni.

E1 : « les questionnaires les gens il me disent ce qu'ils veulent »

E2 : « Le type qui ment, qui se ment à lui-même en disant je ne bois pas alors qu'il va boire au fond du jardin, ses bouteilles de pastis, de toute façon le questionnaire il aura une valeur proche de zéro »

Les médecins traitants pensent qu'interroger leurs patients hypertendus sur leurs consommations d'alcool avec ces questionnaires standardisés est **trop brutal**.

E7 : « c'est trop rigide moi j'aime pas les questionnaires, je préfère discuter avec les patients »

Pour les médecins généralistes ces questionnaires sont **chronophages**.

E3 : « je perds trop de temps et puis c'est quand même chronophage »

Un des médecins interrogés **utilise les questionnaires** standardisés, cela lui permet d'aborder le sujet de l'alcool plus facilement.

E15 : « en fait les questionnaires ça m'aide bien <...> ça met une petite barrière c'est-à-dire que c'est pas moi qui pose la question c'est le questionnaire qui a dit qu'il fallait poser la question »

5.4. Recul des consommations excessives d'alcool

Les médecins généralistes pensent que **la consommation d'alcool est en diminution** en France.

E4 : « moi il me semble que l'alcool c'est un problème beaucoup moins aigu qu'il l'était, quand on voit la consommation moyenne des français il y a 100 ans, il y a 50 ans »

E1 : « autrefois pendant la consultation les gens avaient la bouteille de calva sur la table, en visite, ça, ça existe plus »

Les médecins prennent en charge de **moins en moins** de sevrage d'alcool.

E14 : « c'est vrai que les trucs de sevrage euh on en avait plus avant que maintenant »

6. Comment améliorer l'abord du sujet de la consommation excessive d'alcool avec les patients hypertendus en médecine générale

Le sujet de l'alcool pourrait être abordé de façon plus simple et plus systématique chez les patients hypertendus, avec des mesures réalisables à grande échelle ou en local au sein du secteur des 3 cantons.

6.1. Simplifier l'abord du sujet

6.1.1. Aborder le sujet de l'alcool de façon détournée

Les médecins généralistes pensent qu'il serait plus facile d'aborder les consommations excessives d'alcool **en les intégrant** dans la recherche de **tous les facteurs** responsables d'hypertension artérielle.

E11 : « poser la question de l'alcool, mais en disant que je pose la question de toutes les choses qui peuvent favoriser l'hypertension »

Effectuer une recherche succincte des facteurs responsables d'hypertension artérielle en y intégrant l'évaluation des consommations d'alcool, permettrait aux médecins généralistes **d'approfondir la recherche** de la consommation excessive d'alcool dans un second temps en cas de **réponse positive**.

E6 : « on fait ça comme un test, puis quand on a des réponses positives on creuse »

6.1.2. Outils de dépistage

Les médecins interrogés pensent **qu'ils n'ont pas les outils** nécessaires pour aborder les consommations d'alcool avec leurs patients hypertendus.

E13 : « peut-être qu'il manque des outils »

Pour les médecins généralistes l'existence **d'un questionnaire** réunissant tous les facteurs de risque d'hypertension artérielle qui intègre la consommation d'alcool, pourrait les aider à aborder le sujet de l'alcool.

E3 : « une espèce de questionnaire mais très, très simplifié, où on puisse demander en même temps consommation ... »

Aborder la consommation d'alcool de cette façon permettrait aux médecins traitants de **désacraliser** le sujet.

E15 : « on pose une question mais c'est une question qui doit être posée quoi, c'est comme ça, c'est la science qui dit que... »

6.1.3. Informer les médecins et les patients

Pour aborder la consommation d'alcool chez les patients hypertendus plus simplement et plus fréquemment, les **médecins généralistes** pensent qu'ils devraient **être informés clairement** sur le sujet.

E9 : « c'est pas un sujet qu'on aborde beaucoup en fait donc c'est vrai que j'ai jamais tellement fait la relation entre l'hypertension et la consommation excessive d'alcool »

E6 : « Pour nous le message il est pas clair pour nous, pourtant j'ai refait des formations »

Les médecins traitants pensent que **leurs patients** devraient eux aussi être **informés** sur le lien entre hypertension artérielle et consommation excessive d'alcool.

E6 : « Les mettre au courant »

E11 : « leur permettre à eux aussi de faire le lien »

6.2. Mesures réalisables à grand échelle

6.2.1. Campagne d'information

Les médecins généralistes estiment que **des campagnes d'information** dans les media permettraient de faire passer de façon efficace des messages de santé publique.

E7 : « des campagnes publicitaires à la télé, télé radio moi je crois que c'est très bien, je pense que c'est très bien. Il faut le faire régulièrement pour que ça rentre un petit peu dans le crâne »

Une campagne expliquant **le lien** entre consommation excessive d'alcool et hypertension artérielle aiderait les médecins généralistes à aborder le sujet.

E13 : « des campagnes publiques de prévention, qui feraient le lien entre l'alcool et l'hypertension ça permettrait je pense aussi d'en parler plus librement avec les patients puisqu'ils en auraient déjà entendu parler et ils seraient moins surpris »

Pour les médecins généralistes si une campagne d'information sur ce sujet était diffusée dans les médias, cela permettrait au patient **d'aborder ce sujet de lui-même**.

E6 : « ils sont très sensibles à tout ce qui est media, et donc quand ils entendent un truc, que ce soit une crise sanitaire ou un Ils viennent dare dare nous en parler »

E13 : « peut-être que même eux en fait nous poseraient la question sans forcément nous dire je sais que j'ai des problèmes d'alcool mais : « vous pensez quoi de l'alcool et l'hypertension » »

Les médecins traitants pensent que cette campagne d'information pourrait être réalisée par **la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)**.

E8 : « une campagne, la CPAM qui aime bien faire passer les messages »

6.2.2. Prévention chez les jeunes

Pour les médecins généralistes **la prévention** concernant la consommation d'alcool devrait se faire dès l'adolescence, avec **des interventions en milieu scolaire**.

E5 : « surtout aussi pour les ados, c'est sur eux qu'on peut vraiment avoir un plus gros impact, c'est éviter de commencer soit le tabac, soit l'alcool <...> il y a très très peu de prévention je vois mes enfants, surtout leur lycée je sais même pas si il ont eu une fois par an sur ça »

6.2.3. Prix de l'alcool

Concernant une possible **élévation des prix de l'alcool**, comme vu pour le tabac, dans un but de réduire la consommation alcoolique des patients, les avis des médecins sont partagés.

E4 : « l'élévation des prix ça marche ça c'est certain »

E8 : « augmenter le prix ça donne rien de toute façon, puisque même le tabac il augmente et les gens continuent de fumer »

6.2.4. Recommandations médicales

Pour les médecins généralistes **des recommandations** intégrant la recherche des consommations d'alcool chez les patients hypertendus serait un moyen de les aborder systématiquement.

E11 : « peut-être que s'il était intégré de façon un peu plus claire dans les recommandations, dans les facteurs de risques et ben peut-être que les médecins y penseraient un peu plus »

6.3. Mesures réalisables en local au sein de la Communauté d'Agglomération Caux Vallée de Seine

6.3.1. Cours de formations

Pour les médecins traitants **un cours de formation** les aiderait à aborder ce sujet.

E2 : « oui voilà avoir un peu une tutorisation d'addictologie sur l'alcool et le tabac c'est pas forcément inutile »

Ces cours pourraient être réalisés sous forme de **FMC** entre les médecins de la communauté d'agglomération Caux vallée de seine, ciblant l'effet de la consommation d'alcool sur la tension artérielle.

E9 : « une FMC oui moi ça me branche »

E11 : « des formations enfin, des formations auprès des médecins en effet, peut-être en ciblant ce problème plus »

6.3.2. Posters

Pour informer les patients et les amener à aborder le sujet de la consommation d'alcool certains médecins généralistes pensent **qu'afficher des posters** dans la salle d'attente concernant le lien hypertension artérielle et alcool serait un bon moyen.

E1 : « mettre des affiches dans les salles d'attente ça fait partie des trucs, il faut les flasher sur toutes les pathologies, car ça ne vient pas naturellement »

E12 : « je trouve que ça marque mieux si c'est eux, si on les viole entre guillemets sur un sujet ils ont tendance à se mettre sur leurs ergots, si on suscite la... par un poster par un truc on suscite la machine ils se posent des questions et puis, ça va venir dans la conversation »

D'autres médecins ne sont pas convaincus de **l'impact d'un poster** d'information dans les salles d'attente.

E10 : « j'en ai mis pour le tabac par exemple, mais j'ai jamais senti les gens m'en parler à cause des posters, je suis pas très sensible à ça non, enfin sensible, je suis pas très convaincu je veux dire »

Un des médecins généralistes interrogés pense qu'un poster d'information **n'est pas un bon moyen** pour communiquer sur les addictions.

E15 : « une addiction c'est pas parce que vous allez mettre un poster en disant il faut pas boire que les gens vont Je pense qu'au fond d'eux les gens savent très bien qu'ils ont une conduite qui n'est pas tout à fait normale »

6.3.3. Plaquette d'information

Comme pour les posters, concernant **les plaquettes d'information** dans la salle d'attente les avis divergent.

Certains médecins généralistes pensent qu'une plaquette d'information peut être **un moyen d'introduire** le sujet des consommations d'alcool avec leurs patients hypertendus.

E2 : « je sais pas peut être que ça peut être utile juste ... oui d'avoir juste des petits flyers pour leur dire alors aussi vous avez ça, vous voulez en parler ? »

Pour d'autres ces plaquettes **ne sont jamais lu** par les patients.

E9 : « les plaquettes d'information dans la salle d'attente en général c'est les gosses qui jouent avec et qui les déchirent et qui les plient en 12 donc ça sert à rien »

6.3.4. Prévention dans les établissements scolaires

Un des médecins interrogés pense que le **CSAPA des 3 cantons** pourrait intervenir dans **les établissements scolaires** du territoire pour faire de la prévention chez les plus jeunes.

E5 : « je pense que au niveau des écoles, au niveau des collèges, des lycées, ça commence déjà au collège, je pense que surtout là, parce que je vais pas dire que c'est foutu pour ceux qui boivent mais j'en vois tellement peu qui s'en sortent »

IV. Discussion

1. Forces et faiblesses de l'étude

1.1. Forces

Le choix d'une étude qualitative pour ce thème a permis de faire émerger des données subjectives d'une situation complexe de soins primaires et d'apporter des orientations sur un sujet peu traité dans la littérature. En effet l'abord de la thématique de l'alcool dans le cadre de l'hypertension artérielle a été peu étudié, et au-delà de l'aspect médical, des phénomènes sociologiques, psychologiques et anthropologiques entrent en ligne de compte. Il s'agissait donc de la méthode de choix pour étudier des données non mesurables et aller au-delà d'informations quantifiées (46).

Les entretiens individuels étaient adaptés pour ce sujet sensible. Ils permettaient aux médecins interrogés de parler librement et d'évoquer des expériences personnelles professionnelles ou privées, sans crainte d'être jugés par leurs confrères. Ce qui n'aurait pas été possible en focus groupe.

Le guide d'entretien a été réalisé avec mon directeur de thèse après une revue de littérature afin de définir les thèmes à aborder. Il a été soumis et validé par la suite, auprès de différents professionnels de santé exerçant en addictologie et en médecine générale, dans des territoires limitrophes à la Communauté d'Agglomération Caux Vallée de Seine, dont les caractéristiques de la population sont sensiblement similaires (47).

1.2. Faiblesses

Je réalisais pour la première fois une étude qualitative et lors des entretiens, le manque d'entraînement a pu générer un biais d'influence. J'ai amélioré ma pratique au fur et à mesure. Les derniers entretiens présentent donc moins de biais.

La problématique de l'alcool est tellement complexe qu'elle a parfois dépassé le cadre de l'hypertension artérielle. Il a dû être rappelé pendant les entretiens à certains médecins que le sujet concernait les patients hypertendus. Certaines idées exprimées par les médecins généralistes pouvaient donc concerner tous les consommateurs excessifs d'alcool qu'ils soient hypertendus ou non.

La quasi-totalité des entretiens a été réalisée au cabinet des médecins généralistes, la peur de prendre du retard sur le planning des consultations des médecins a probablement favorisé des réponses plus concises. Un entretien a été interrompu par la secrétaire médicale. Pour minimiser ce biais les rencontres ont été programmées tôt le matin, ou en fin de planning de la matinée et de l'après-midi.

L'étude a été réalisée au sein de la Communauté d'Agglomération Caux Vallée de Seine. La population de ce territoire a des habitudes de vie propre à elle. Et ne peut donc être généralisée au territoire national.

Etant la seule investigatrice, mon analyse des données n'a pu être parfaitement objective. Il y a pu avoir un biais en lien avec l'impression laissée par certaines réponses lors des entretiens. Pour éviter ce biais, il aurait été intéressant de procéder à une triangulation avec un second analyste.

2. Comparaison des résultats à la littérature

2.1. Aborder le sujet de l'alcool avec les patients hypertendus

2.1.1. Une multitude de pratique

Les réponses concernant l'abord du sujet de l'alcool avec les patients hypertendus ont été variées, il semble que chaque médecin ait sa propre façon de faire.

Le médecin de l'entretien 13 l'aborde systématiquement en cas d'hypertension artérielle et de façon directe « *dès l'instant où je trouve une hypertension je pose la question* », à l'inverse le médecin de l'entretien 3 l'aborde de manière détournée « *je pense qu'on ne peut pas être cash* ». Pour le médecin de l'entretien 11 cela va surtout dépendre si le moment est propice « *savoir si c'est le moment opportun pour en parler* ».

La recherche de consommation excessive d'alcool peut alors se faire au moment du diagnostic, en cas d'échec thérapeutique ou lorsque les règles hygiéno-diététiques liées à l'HTA sont abordées. Cette variation de pratique est également retrouvée dans la littérature, il n'y pas qu'une seule manière de faire (48).

Lorsqu'ils dépistent les consommations d'alcool chez leurs patients hypertendus la plupart des médecins interrogés quantifient les consommations d'alcool. Cette méthode est préconisée depuis plusieurs années par l'OMS (48), une simple interrogation où la réponse du patient peut être soit « oui » soit « non » n'étant pas un moyen efficace de dépistage des consommations d'alcool.

Beaucoup des médecins interrogés se fient également à leurs intuitions pour repérer les consommations excessives de leurs patients hypertendus, comme retrouvé dans l'entretien 7 « *si je sens que le patient est quand même consommateur je vais essayer d'aborder un petit peu la chose* ». Même si leurs intuitions sont souvent fondées, de cette manière beaucoup de consommateurs à risques ne sont pas dépistés. Dans son étude VINSON.D et ses collaborateurs ont étudié la sensibilité et la spécificité de l'intuition clinique des médecins généralistes concernant les problèmes liés à l'alcool. Sur 1699 patients les médecins ont instinctivement suspecté 81 patients ayant un mésusage de l'alcool, mais en réalité 235 patients avaient une consommation d'alcool à risque, les 81 patients repérés par les médecins en faisaient effectivement partie (49). La recherche des consommations d'alcool chez les patients hypertendus devrait être alors plus systématique, et ne doit pas reposer uniquement sur le ressenti du médecin.

2.1.2. L'état d'esprit des médecins généralistes

Dans mon étude il y a avait autant de médecins généralistes « à l'aise » que « non à l'aise » pour aborder le sujet de l'alcool avec les patients hypertendus.

Pour le médecin de l'entretien 7 l'alcool est une pathologie comme les autres « *c'est pas plus compliqué qu'autre chose l'alcool* ». A l'inverse pour le médecin de l'entretien 15 parler d'alcool avec son patient qu'il soit hypertendu ou non n'est jamais une chose facile « *qu'ils soient hypertendus ou pas, c'est pas très facile et c'est toujours un truc qu'est pas très facile à aborder* ».

Dans la littérature il ne semble pas exister de données concernant l'état d'esprit des médecins généralistes lorsqu'ils abordent le sujet de l'alcool avec leurs patients hypertendus. Mais il en existe pour l'alcool en général, que le patient soit hypertendu ou non, et les résultats de ces études sont contradictoires : Bouix.J.C a interrogé 85 médecins généralistes français, les trois quart se sentait peu à l'aise pour parler du sujet (50) ; à l'inverse dans son étude Groppi.M a retrouvé une proportion de 70 % de médecins généralistes dit « non gênés » pour parler du sujet de l'alcool(51).

Ces différences sont probablement liées aux caractéristiques des échantillons, et aux différents lieux d'études. Une étude faisant varier ces deux éléments pourrait être un moyen de préciser ces résultats.

2.1.3. Le rôle hypertensif de l'alcool

Plusieurs médecins considèrent que la consommation d'alcool est relativement peu importante dans l'hypertension artérielle, le médecin de l'entretien 2 considère la consommation d'alcool dérisoire au vu des autres facteurs de risques cardiovasculaires « *mais ça va pas être ce qui est prioritaire, ce qui est prioritaire ça va être le tabac, qui là à mes yeux est bien plus nocif* ».

Cette idée est retrouvée dans une étude interne espagnole du projet BASIS, 28,4% des médecins généralistes interrogés considéraient l'alcool comme sans importance pour l'HTA (52). Fang.J et ses collaborateurs ont étudié les recommandations faites par les professionnels de santé aux patients en cas d' HTA. Réduire la consommation d'alcool était le conseil le moins donné, et effectué par seulement 69,4% des professionnels de santé (53).

Cet à priori montre à quel point il est important de remettre à l'ordre du jour le rôle de l'alcool comme cause possible d'hypertension.

2.1.4. Utiliser l'HTA pour aborder le problème de l'alcool

Un des objectifs de cette étude était de voir comment une HTA pouvait être un moyen de dépister des consommations excessives d'alcool chez les patients, le médecin de l'entretien 1 semble déjà le mettre en pratique « *ça nous permet entre autres effectivement de dépister, d'aborder le problème de l'alcool chez ces patients* ».

Dans la thèse qualitative de BENKIRAN.L concernant les addictions en médecine générale, les médecins s'appuyaient également sur une complication médicale pour aborder les addictions avec leurs patients (54).

Relier une consommation d'alcool excessive à une conséquence médicale permet de rendre légitime son abord et donne du poids à sa nécessité de prise en charge.

Dans un article de la Revue du praticien concernant l'optimisation du dépistage et de la prise en charge du mésusage de l'alcool, KENDEL.O propose de poser la question des consommations d'alcool systématiquement en cas de pression artérielle au-dessus de la norme, phénomène pathologique le plus fréquent en consultation de médecine de générale (55).

2.1.5. Le rôle du médecin généraliste

L'hypertension artérielle est une pathologie courante, elle n'est pas souvent symptomatique et pour le médecin de l'entretien 11 les patients la banalisent « *souvent les gens s'ils sont pas malades ils disent que c'est pas si grave finalement* ».

Mais cette hypertension artérielle peut cacher d'autres problématiques et les causes d'une HTA secondaire, notamment toxique (alcool) doivent être recherchées.

Pour le médecin de l'entretien 3 cette tâche est attribuée aux médecins traitants « *c'est notre rôle on doit le faire* ».

Lorsqu'une consommation excessive d'alcool semble être la cause de l'hypertension artérielle d'un patient, pour le médecin de l'entretien 11, il est primordial de trouver un moyen de les inciter à la diminuer « *la question déjà c'est est-ce que le patient voudra faire quelque chose et comment lui donner envie de faire quelque chose* ».

Le rôle d'éducation, motivationnel et bienveillant décrit par les médecins, entre dans les recommandations européennes élaborées dans le cadre du projet « Primary Health Care European Project on Alcohol » concernant le repérage précoce des consommations excessives d'alcool et les interventions brèves. Les médecins généralistes ont la responsabilité de repérer et de prendre en charge les patients dont la consommation d'alcool est excessive, en repérant ces patients et en pratiquant une intervention dite « brève », ils ont l'opportunité de les informer des risques liés à leur consommation d'alcool (56).

2.2. Les facteurs influençant l'abord du sujet

2.2.1. Intérêt et connaissance des médecins

Comme beaucoup décrit dans la littérature, le médecin de l'entretien 7 avoue ne pas aborder les consommations d'alcool excessives avec ses patients hypertendus par manque d'intérêt : « *je cache pas que ça m'intéresse moyen* ». Cette notion est notamment retrouvée dans les thèses qualitatives de BENKIRAN.L (54) et de GARENDEL.J (57), concernant les facteurs influençant les prises en charge en alcoologie.

Ce manque d'intérêt est expliqué par le médecin de l'entretien 2 par un manque de maîtrise du sujet « *j'avoue que c'est pas un sujet que je maîtrise totalement* ».

Dans la branche espagnole de l'étude BASIS, 50% des médecins généralistes estiment avoir une maîtrise du sujet insuffisante pour prendre en charge les consommations excessives d'alcool chez leurs patients hypertendus (52).

Pour le médecin de l'entretien 7 ce manque de maîtrise est lié à une carence de formation en faculté de médecine « *je me souviens pas tellement de cours, je me demande même si on a eu de l'addictologie, je vous cache pas, je pense que non* »

L'étude du Dr ROUYER.S, médecin addictologue, va dans ce sens et démontre que la difficulté de prise en charge des problèmes d'alcool en médecine générale viendrait de la carence de formation en faculté de médecine. La représentation négative de l'alcool chez les responsables de formation en serait la cause (58).

A l'inverse les médecins ayant participé à des FMC ou un DU d'addictologie, estimaient être avantagés pour aborder le sujet de l'alcool, comme pour le médecin de l'entretien 6 « *j'ai fait deux formations sur l'alcool qui m'ont été bénéfiques* ». Pour le médecin de l'entretien 14 l'expérience professionnelle acquise avec le temps permet de combler cette carence de formation « *en vieillissant on y pense plus souvent mais au départ...* ».

Une amélioration de la formation en addictologie dès les premières années des études de médecine pourrait donc être une réponse à ce manque de dépistage et de prise en charge.

2.2.2. La relation médecin/malade

La relation médecin/malade en médecine générale est une chose très précieuse, elle permet notamment de prodiguer des soins optimaux.

Elle se construit sur le temps, et est basée sur une confiance réciproque entre le médecin et le patient.

Pour le médecin de l'entretien 11 poser la question de l'alcool avec son patient hypertendu c'est prendre le risque d'entacher cette relation « *c'est un sujet tabou, on a toujours peur de vexer les gens je pense un petit peu, de les mettre mal à l'aise* ». Cela a pu aller jusqu'à perdre de vue son patient pour le médecin de l'entretien 6 « *moi ça m'est déjà arrivé de plus revoir les gens* ».

Dans leur étude qualitative concernant la relation médecin/malade dans le cadre de l'hypertension, ROLLAND.C et LANG.T mettent bien en évidence la spécificité de cette relation qui fonctionne sur un modèle de « pouvoir/contre-pouvoir » entre le médecin et le patient hypertendu. La plupart des patients interrogés se considéraient comme capables de s'occuper de leur santé avec l'aide d'un technicien compétent, qui est alors le médecin généraliste. La prise en charge de l'hypertension artérielle et les demandes du médecin concernant la modification des habitudes de vie et la réduction des consommations d'alcool, doit se faire par une négociation entre le médecin et le patient, basée sur une relation de confiance et non par une injonction, au risque de rompre la relation médecin/malade (59).

Dans l'étude qualitative de AMPT.A et ses collaborateurs, les médecins généralistes interrogés expliquent bien que la thématique de l'alcool ne peut être abordée frontalement comme le tabac au risque de rompre la relation médecin/malade, la recherche d'une consommation excessive d'alcool doit être amenée avec diplomatie dans un cadre particulier lors d'un bilan de santé « officiel » approfondi (60).

Cette difficulté s'exprime dans le baromètre de la santé des médecins généralistes de 2009, puisque 63,2% des médecins généralistes ont déjà abordé au moins une fois la consommation de tabac avec chaque patient adulte, mais seulement 23% l'on fait pour l'alcool (61).

Même si la relation médecin/malade, si importante aux yeux des médecins généralistes peut les freiner à parler d'alcool avec leurs patients hypertendus, pour le médecin de l'entretien 5 elle a l'avantage de permettre de discerner les patients les plus à risque de mésusage de l'alcool « *je sais un peu quand même ceux qui ont un risque, ou qui sont alcooliques, et qu'ont les raisons de l'être* ».

Elle permet également pour le médecin de l'entretien 3 de savoir de quelle manière cette thématique peut être abordée « *ces patients après on les connaît on sait comment en général l'aborder moi je pense que c'est quand même un avantage* ».

Finalement l'abord des consommations d'alcool va surtout dépendre de la qualité de la relation médecin/malade acquise entre le médecin et le patient hypertendu comme le souligne le médecin de l'entretien 15 « *mes patients que j'ai choisis, qui me suivent depuis longtemps, ils savent qu'ils peuvent tout me dire et que s'ils ont un souci d'alcool ou s'ils veulent arrêter* ». Pour le médecin de l'entretien 6 la personnalité du patient va également rentrer en ligne de compte « *on a des relations plus ou moins privilégiées <...> ça dépend de la personnalité* ».

2.2.3. Le vécu du médecin

Le rapport à l'alcool du médecin généraliste influence l'abord ou non du sujet de l'alcool avec ses patients hypertendus. Comme retrouvé dans la thèse de MALICHER.E (62), le médecin de l'entretien 13 pense que le fait d'être consommateur peut lui faire minimiser les choses concernant le niveau de consommation d'alcool de ses patients « *nous aussi on en consomme dans notre vie personnelle et sans forcément que ce soit dans une consommation excessive mais je pense qu'on a tous tendance à minimiser un petit peu les choses parfois* ».

F. Ketterer a mis en évidence un lien entre le niveau de consommation d'alcool du médecin et son engagement ou non dans le dépistage et la prise en charge des consommations excessives d'alcool (63). Un médecin consommateur d'alcool sera moins enclin à dépister et préconiser une réduction de l'alcool à ses patients.

A l'inverse le vécu personnel et familial négatif du médecin de l'entretien 5 va lui donner une envie forte de prendre en charge les consommations excessives d'alcool « *dans mon vécu familial, c'est quelque chose qui m'est insupportable, je ne supporte pas les alcooliques* ».

Selon le modèle Freudien du contre transfert, le rapport du médecin généraliste vis à vis de l'alcool génère de façon consciente ou inconsciente des « contres attitudes ». Elles peuvent être soit négatives en rejetant le patient consommateur d'alcool, soit positives, le médecin se sent alors investi d'une mission de sauvetage des consommateurs d'alcool (64).

2.2.4. Le manque de temps

Pour le médecin de l'entretien 3 le manque de temps ne l'incite pas à aborder ou prendre en charge la consommation d'alcool de ses patients hypertendus « *je perds trop de temps et puis c'est quand même chronophage* ».

Ces prises en charge sont vues par les médecins généralistes comme une charge de travail trop importante : les consultations sont longues et doivent être répétées dans le temps.

La pénurie de médecins au sein de la communauté d'agglomération Caux Vallée de Seine ne leur permet pas de prendre le temps nécessaire (43).

Les déserts médicaux se faisant de plus en plus nombreux en France, cette notion est retrouvée systématiquement dans la littérature françaises (62)(57)(54). Dans la branche espagnole du projet BASIS la moitié des médecins interrogés justifiaient l'absence d'abord des consommations d'alcool avec leurs patients hypertendus par le manque de temps (52).

2.2.5. Méconnaissance du patient

En France les limites d'une consommation d'alcool acceptable sont mal définies aux yeux des médecins, si l'abord du sujet de l'alcool avec les patients hypertendus est si difficile c'est qu'ils ne savent pas à quoi correspond une consommation excessive d'alcool, comme l'explique le médecin de l'entretien 1 « *les gens ne savent pas ce que c'est une consommation excessive, 3 verres .. 3 verres de quoi* » et encore moins l'existence d'un lien entre une consommation excessive d'alcool et l'HTA.

Effectivement on retrouve ce manque de connaissances concernant le mésusage de l'alcool dans la thèse de GIRARD.A, sur 217 patients 128 ont répondu connaître le seuil de mésusage de l'alcool cependant aucun n'était capable de les citer correctement (65). Selon l'avis des experts, de l'Agence National de Santé Publique, relatif au discours publique en matière de consommation d'alcool en France en 2017, les valeurs d'une consommation excessive d'alcool ne sont pas connues du grand public et devraient faire l'objet d'une campagne publique multimédia (14).

Mais à l'inverse concernant la connaissance du lien entre HTA et alcool, dans son étude LARZILLIERE.C a interrogé 1201 patients, et 522 connaissaient ce lien (66). De même dans l'étude qualitative de BARROIS.F, les patients hypertendus ont évoqué spontanément l'alcool comme une étiologie possible d'HTA (67).

Les patients semblent plutôt connaître le lien HTA et alcool, contrairement à ce que pensent les médecins généralistes.

2.2.6. Le déni et le manque de compliance du patient

Dans un article le Dr CHARON.F décrit le déni comme un mode de défense pathologique pour les patients consommateurs d'alcool, consistant en un refus inconscient par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante. Il a pour but de maintenir l'intégrité du moi et d'en réduire les angoisses (68).

Pour le médecin de l'entretien 1 ce déni rend difficile la prise en charge des consommations excessives d'alcool de ses patients hypertendus « *c'est surtout eux qui sont compliqués, ces gens-là ils boivent pas, dans leur tête ils ne boivent pas* » Le déni du patient concernant son mésusage de l'alcool est beaucoup retrouvé dans la littérature, Dans sa thèse VASSEUR.E a interrogé 43 patients consommateurs excessif d'alcool, 41 n'ont pris conscience de leur mésusage de l'alcool qu'après des répercussions sociales ou sanitaires (69).

Comme l'explique le médecin de l'entretien 11 parler d'alcool et modifier les consommations des patients hypertendus va dépendre de leur réceptivité « *la question déjà c'est est-ce que le patient voudra faire quelque chose* ».

GROPPI.M et ses collaborateurs ont interrogé 85 médecins généralistes concernant la prise en charge des patients consommateurs excessifs d'alcool, la plus grande difficultés pour eux étaient le manque de compliance (51).

Face à ces situations propres aux patients consommateurs d'alcool, pour le médecin de l'entretien 2, c'est grâce à l'entourage du patient que le sujet sera bien souvent abordé « *le conjoint, plutôt la conjointe, qui est là, et qui balance devant son conjoint, ça c'est aussi une porte d'entrer assez facile pour pouvoir aborder le sujet* ».

Dans la littérature les médecins généralistes s'accordent à dire que l'entourage est un des principaux facteurs de dépistage des consommations excessives des patients (57)(62).

Pour le médecin de l'entretien 11 une fois que le patient a pris conscience de son mésusage de l'alcool il devient plus aisé d'aborder et prendre en charge la consommation d'alcool « *une fois que le patient en a parlé ou qu'on sent qu'il est prêt à en parler les choses sont tout de suite plus simples* ». Le patient sort alors de sa phase de déni, il passe du statut de pré contemplation au statut de contemplation et de préparation, dans le cercle de Prochaska et Diclementi, et le médecin pourra alors agir sur ses consommations.

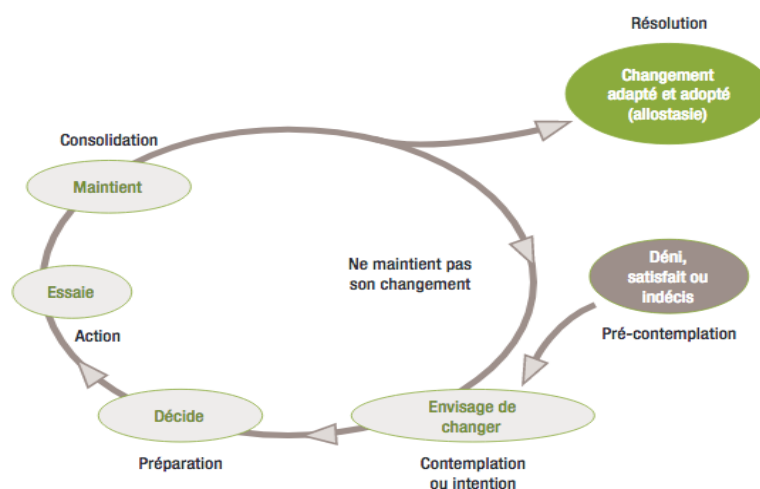


Figure 9 : Cercle de Prochaska et Diclementi

2.2.7. L'alcool en France

En France la consommation d'alcool est culturelle, en particulier le vin qui est un des symboles de la tradition et gastronomie française (70). Son accès est facile et légal. L'alcool est un outil de socialisation, et fait partie du rite d'initiation du passage à l'âge adulte (71). En 2014 dans l'enquête ESCAPAD 9 adolescents de 17 ans sur 10 avaient déjà expérimenté l'alcool (72).

D'après le médecin de l'entretien 4 si les gens consomment de l'alcool c'est à but anxiolytique « *si les gens picolent c'est qu'ils veulent calmer leurs angoisses, ils veulent dormir* ». Dès 1990 le psychiatre GOODMAN définit les addictions notamment celle de l'alcool comme « un processus par lequel est réalisé un comportement ayant pour fonction de procurer du plaisir et soulager un malaise intérieur » (73).

Face à ses habitudes de vie les médecins interrogés ont du mal à être entendus par les patients hypertendus, il est difficile de modifier leur consommation d'alcool et de leur faire prendre conscience des conséquences médicales.

D'autant plus au sein de la CA Caux Vallée de Seine, où l'alcool est très présent socialement, à commencer par le cadre familial comme l'explique le médecin de l'entretien 4 « *ils sont toujours en fêtes, ils ont toujours de bonnes raisons pour picoler* ».

Dans son article COM-RUELLE.L explique que les patients appartenant à une famille dont un des membres a une consommation d'alcool à risque ont plus de chances de devenir consommateur d'alcool (74).

Les médecins généralistes interrogés dans les thèses de GARANDEL.J et de MALICHER.E, étaient en difficultés pour prendre en charge les consommations excessives de leurs patients lorsque l'environnement était peu propice (62)(57).

Un des paradoxes de la France concernant l'alcool réside dans le fait que malgré son omniprésence dans la société française, lorsque l'alcool est consommé au-delà des « limites de la normale », ce sujet devient tabou car à connotation négative .

Le médecin de l'entretien 11 pense que la stigmatisation des problèmes liés à l'alcool et le sentiment de honte peut amener un patient à ne pas révéler ses consommations d'alcool à son médecin traitant par peur d'être jugé « *ils osent pas forcément dire à leur médecin parce que <...> enfin y a une relation de confiance qui s'installe, ils ont pas envie de décevoir leur médecin* ».

PROBST.C et ses collaborateurs ont étudié les raisons qui poussent les patients à ne pas demander d'aide à leur médecin généraliste pour diminuer leur consommation d'alcool excessive, le sentiment de honte et de stigmatisation arrivait en deuxième position, derrière le manque de conscience du problème (75).

Cette représentation si négative de la consommation d'alcool excessive et la culture du « bien boire » en France est probablement la cause du déni si présent en alcoologie. L'image de l'alcoolique est si insupportable pour le patient, qu'il ne pourra pas l'admettre.

2.2.8. La prise en charge difficile

Le médecin de l'entretien 3 voit la prise en charge des consommations d'alcool comme quelque chose de peu satisfaisant « *pour nous c'est pas toujours très gratifiant* », ce sentiment est expliqué par le médecin de l'entretien 5 par la fréquence des échecs thérapeutiques « *j'ai un peu de mal à me dire qu'on va en sauver beaucoup* ». Ce sentiment d'impuissance freine les médecins généralistes à aborder le sujet de l'alcool avec leurs patients hypertendus, car ils doutent du succès de la prise en charge. Cette notion est retrouvée dans la littérature concernant toutes les addictions (76).

L'approche neuropsychologique des consommateurs d'alcool, a démontré qu'une consommation excessive et chronique engendre des modifications cérébrales structurales et fonctionnelles, et ce bien avant l'apparition du syndrome de Korsakoff. Ces altérations peuvent rendre le patient cognitivement incapable de changer de comportement et pourraient favoriser les rechutes (77). Les patients n'ont plus la capacité de passer les différents stades du cercle de Prochaska et Diclementi et les rechutes font alors partie intégrante des maladies liées à l'alcool.

Dans son article concernant l'optimisation de la prise en charge des consommations d'alcool KANDAL.O précise bien la nécessité de répéter les consultations d'aide au sevrage, malgré les rechutes, qu'il faut considérer comme normales (55).

L'arrêt des consommations d'alcool, en dehors des syndromes de Korsakoff, permet une récupération cérébrale cognitive allant même jusqu'à la normalisation des performances grâce à une abstinence prolongée (77).

Les médecins généralistes doivent intégrer les échecs thérapeutiques comme un symptôme d'une consommation excessive d'alcool chronique. Le caractère répétitif des consultations ne doit pas les décourager. Des stratégies de rappels aux patients des différents objectifs de prise en charge pourraient être mises en place, comme l'élaboration d'un agenda ou des rappels téléphoniques.

2.2.9. Les éléments de la biologie

Comme retrouvé dans la littérature (54)(57), beaucoup des médecins interrogés se servent des perturbations biologiques pour aborder en toute légitimité le sujet de l'alcool.

Elle permet au médecin de l'entretien 9 de se baser sur des éléments objectifs et d'aborder les consommations d'alcool sans crainte, car justifié « avec des choses objectives sur le bilan sanguin on peut aborder plus facilement le problème ».

Le médecin de l'entretien 3 utilise la biologie pour essayer de faire prendre conscience à ses patients de l'effet néfaste de leur consommation d'alcool « *souvent je le fais pour me dire s'il y a quelque chose ça va le faire réagir* ».

Les GGT et VGM étaient utilisés par la totalité des médecins interrogés, seul un petit nombre utilisait les CDT. Le métabolisme oxydatif de l'éthanol engendre la perturbation de ces marqueurs de façon indirect.

Cependant les recommandations concernant le repérage des consommations excessives d'alcool déconseillent l'utilisation de ces marqueurs à des fins diagnostiques par manque de sensibilité et de spécificité (56). Un résultat négatif chez un consommateur d'alcool à risque pouvant entraîner un effet pervers.

Dans son étude, ELYES.C a interrogé des consommateurs d'alcool à risque lorsque les résultats sanguins étaient négatifs, ces consommateurs estimaient être en droit de continuer leur consommation d'alcool (78).

Il serait plus approprié d'utiliser le dosage de l'éthylglucuronide urinaire ou capillaire plus spécifique et sensible, qui est un marqueur direct de l'alcool, issue de son catabolisme non oxydatif. Le diagnostic de consommation d'alcool serait alors formel. Ce dosage en capillaire est déjà utilisé en Allemagne et en Belgique pour la restitution du permis de conduire en cas de suspension liée à une consommation d'alcool au volant (79).

2.2.10. La CA Caux Vallée de Seine

Prendre en charge la consommation d'alcool excessive des patients hypertendus au sein de la CA Caux vallée de Seine présente quelques particularités.

Comme l'explique HUAS.D dans son ouvrage, les médecins généralistes font partie intégrante de la vie locale, ils connaissent l'environnement dans lequel leurs patients vivent, et cela va influencer la prise en charge (80).

Le médecin de l'entretien 4 voit la CA Caux Vallée de Seine comme un territoire où la consommation d'alcool est très présente « *ici on a deux supermarchés qui sont classés numéro un national au niveau rayon boisson, l'Intermarché, donc c'est pas par hasard* », ce qui engendre une contre attitude négative lorsqu'il aborde la consommation d'alcool avec ses patients hypertendus (64).

Pour le médecin de l'entretien 1 le fait de vivre au sein de cette communauté lui permet de repérer les patients à risques « *je vis à Lillebonne, je les vois les types donc c'est plus facile, oui forcément* ».

Les médecins généralistes de la Communauté d'Agglomération Caux Vallée de Seine, accèdent facilement aux structures du CSAPA ou à l'hôpital de jour pour prendre en charge les consommations excessives d'alcool chez leurs patients hypertendus.

Le médecin de l'entretien 12 se sent bien épaulé par le CSAPA des 3 cantons « *le CSAPA il me rend bien service parce que bon je leur refile mes patients, ils m'aident* ».

Dans la littérature à l'inverse les médecins généralistes se disent isolés, avec un accès peu facile aux spécialistes et aux structures de soins, ce qui ne les incite pas à aborder le thème de l'alcool avec leurs patients (54)(51). Dans l'article de ROCHE.AM, les médecins généralistes réclamaient une aide plus facile des spécialistes (76).

Le territoire de la CA Caux Vallée de Seine semble avoir une bonne organisation de son CSAPA. Ce qui est essentiel pour inciter les médecins généralistes à aborder la consommation de l'alcool avec leurs patients. Comme l'explique KETTER.F dans son article : un des facteurs de bonne prise en charge des consommations excessives d'alcool est d'avoir un bon réseau à portée de main (63).

Cependant l'organisation du territoire semi-rural de la CA Caux Vallée de Seine est responsable d'une certaine promiscuité entre les habitants, et cela rend difficile pour le médecin de l'entretien 6 la prise en charge de la consommation excessive d'alcool de ses patients hypertendus « *ici on est quand même dans un endroit où tout le monde se connaît, donc c'est pas facile de parler devant des gens qu'on connaît* », il a du mal à utiliser les structures d'addictologie lorsque cela est nécessaire par manque d'anonymisation.

Le sentiment de honte des patients peut les amener à consulter dans un autre territoire comme l'explique le médecin de l'entretien 5 « *ils vont ailleurs dans d'autres secteurs, j'en ai qui vont consulter à Bois Guillaume par exemple* ».

Ce manque de proposition de prise en charge acceptable et adéquate pour les patients peut freiner les médecins généralistes à aborder la consommation d'alcool avec leurs patients hypertendus.

2.2.11. Les questionnaires

Quasiment tous les médecins interrogés n'utilisent pas de questionnaire standardisé pour le repérage précoce des consommations d'alcool avec leurs patients hypertendus, cette idée est retrouvée dans la thèse de BENKIRAN.L pour l'ensemble des patients consommateurs d'alcool (54).

Pour le médecin de l'entretien 1 ces questionnaires n'ont aucune valeur, car les patients ne sont pas forcément honnêtes « *les questionnaires les gens ils me disent ce qu'ils veulent* », dans l'étude de GAUMA.J, les médecins généralistes expliquent ne pas utiliser ces questionnaires par manque de fiabilité des réponses (81).

Cependant malgré le manque de fiabilité des réponses, l'utilisation d'un auto-questionnaire permet au patient se poser lui-même les questions sans intervention du médecin. Et en cas de déni il pourra commencer à pointer le doigt sur ses consommations. Le CSAPA des 3 cantons a pour habitude d'utiliser l'auto-questionnaire CAGE (Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener). La version française s'appelle DETA : Diminuer, Entourage, Trop, Alcool.

Questionnaire CAGE-DETA (Alcool)

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
2. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin ?

→ Une réponse positive à deux questions sur quatre est un bon critère prédictif d'un problème de consommation d'alcool.

Figure 10 : Auto-questionnaire CAGE/DETA

Mais ce type de questionnaire n'est pas adapté dans le cadre des patients hypertendus, ils sont trop brutaux pour le médecin de l'entretien 7 « *c'est trop rigide moi j'aime pas les questionnaires* », et le médecin de l'entretien 3 n'a pas le temps nécessaire pour l'utiliser dans le cadre d'une consultation pour hypertension « *je perds trop de temps et puis c'est quand même chronophage* ».

Un questionnaire recherchant la consommation d'alcool chez les patients hypertendus serait un bon moyen de dépistage, mais intégré dans la recherche des facteurs étiologiques d'HTA et des facteurs de risques cardiovasculaires.

2.3. Les solutions

2.3.1. Un outil de dépistage

Le médecin de l'entretien 13 déplorait le manque d'outils de dépistage dans la recherche des facteurs de risques cardiovasculaires et d'HTA « *peut-être qu'il manque des outils* ».

Un autre groupe de médecins exerçant dans la même maison médicale avec le même logiciel, s'appuie sur un outil présent dans leur logiciel médical pour dépister les consommations d'alcool de leurs patients, comme le médecin de l'entretien 2 « *on a sur nos logiciels le petit truc intervention alcool, intervention tabac* », cela permet au médecin de l'entretien 6 d'aborder la question de l'alcool sans en être l'initiateur « *c'est plus facile, on leur présente ça comme un espèce de test* ».

Ce questionnaire rapide a été intégré au logiciel dans le prolongement des critères de la ROSP, et est apprécié des médecins travaillant sur ce logiciel. Au-delà de l'aspect financier, la ROSP permet de penser au facteur alcool, et incite les médecins à poser la question comme l'explique le médecin de l'entretien 3 « *je m'en fiche de la ROSP, mais en fin de compte du coup j'y pense* ».

LEFEVRE.P retrouve cette idée dans sa thèse concernant l'utilisation de la ROSP par les médecins généralistes, elle est vue comme un moyen d'améliorer sa pratique et de revaloriser la prévention et le dépistage (82).

Cependant ce questionnaire est orienté uniquement sur les addictions, il n'incite pas particulièrement à rechercher les consommations d'alcool en cas d'HTA ou autres pathologies cardiaques, ainsi tous les médecins de la maison médicale ne l'utilisent pas devant leurs patients hypertendus.

Le médecin de l'entretien 3 aimerait avoir un questionnaire approprié à la pathologie hypertensive « *une espèce de questionnaire mais très, très simplifié, où on puisse demander en même temps consommation ...* ».

Il permettrait au médecin de l'entretien 15 d'aborder les consommations de l'alcool avec les patients hypertendus de façon plus systématique et sans crainte « *on pose une question mais c'est une question qui doit être posée quoi, c'est comme ça, c'est la science qui dit que...* ».

Cette idée est retrouvée dans la thèse de ANGLIONI.V. Les médecins généralistes estiment que l'utilisation d'un questionnaire reprenant succinctement les causes possibles d'hypertension artérielle et la recherche des autres facteurs de risques cardiovasculaires est un bon moyen de prise en charge de l'HTA (83).

2.3.2. Des recommandations médicales

Des recommandations claires et précises pour l'HTA amélioreraient la recherche des consommations d'alcool comme l'explique le médecin de l'entretien 11 « *peut-être que si les recommandations étaient intégrées de façon un peu plus claire dans les facteurs de risques et ben peut-être que les médecins y penseraient un peu plus* »

Dans son étude LAURE.P a démontré l'intérêt des recommandations médicales : elles incitent les médecins sur certaines pratiques, et elles peuvent également être utilisées comme outils (84). Dans l'étude de TREPOS.J-Y. interrogeant 279 médecins généralistes , la majorité approuvait les recommandations médicales en général et s'efforçait d'en tenir compte (85).

2.3.3. Informer

Une des difficultés exprimées par l'ensemble des médecins interrogés est le manque de maîtrise du sujet, cette idée est retrouvée dans l'ensemble de la littérature (62) (57) (86) (58), le médecin de l'entretien 9 explique bien ne pas connaître le lien entre l'HTA et l'alcool « *j'ai jamais tellement fait la relation entre l'hypertension et la consommation excessive d'alcool* ». Et pour améliorer ses connaissances et l'inciter à aborder les consommations d'alcool excessives avec ses patients hypertendus le médecin de l'entretien 9 aimerait avoir une FMC concernant ce sujet « *une FMC oui moi ça me branche* ». Comme le retrouve LOBNA.A et ses collaborateurs les médecins généralistes considéraient les FMC comme un bon outil d'amélioration des pratiques (87). Cette FMC pourrait être organisée par le CSAPA des 3 cantons pour les médecins de la CA Caux Vallée de Seine.

Au-delà des connaissances des médecins généralistes il est important pour le médecin de l'entretien 6 d'informer également les patients « *Les mettre au courant* », cela permettrait d'aborder le sujet en toute légitimité et faire prendre conscience aux patients des conséquences de sa consommation d'alcool sur leur tension artérielle comme l'explique le médecin de l'entretien 11 « *leur permettre à eux aussi de faire le lien* ».

Plusieurs moyens de communication ont été proposés par les médecins pour informer leurs patients :

-Des campagnes d'information : pour le médecin de l'entretien 7 l'impact des campagnes d'information dans les médias est considérée comme quelque chose d'efficace « *des campagnes publicitaires à la télé, à la radio moi je crois que c'est très bien* », si les patients entendent parler du lien HTA alcool, il sera plus aisé pour le médecin de l'entretien 11 d'en parler et de les prendre en charge « *des campagnes publiques de prévention, qui feraient le lien entre l'alcool et l'hypertension permettraient je pense aussi d'en parler plus librement* », cela pourrait même amener les patients à en parler spontanément « *peut-être que même eux en fait nous poseraient la question* ». COURBET.D a démontré l'efficacité des campagnes d'information en cas de messages répétés (88). Pour le médecin de l'entretien 6 cette campagne d'information pourrait être initiée par la CPAM « *la CPAM qui aime bien faire passer les messages* ».

-L'affichage en salle d'attente: pour le médecin de l'entretien 1 utiliser des posters de prévention est un bon moyen de communication « *mettre des affiches dans les salles d'attente ça fait partie des trucs, il faut les flasher sur toutes les pathologies, car ça ne vient pas naturellement* », pour le médecin de l'entretien 2 un flyer lui permettrait d'introduire le sujet de l'alcool avec ses patients hypertendus « *d'avoir juste des petits flyers pour leur dire alors aussi vous avez ça, vous voulez en parler ?* ».

Comme l'explique BOZON.A la salle d'attente d'un médecin généraliste a pour avantage d'être un lieux de réceptivité où les patients ont une information de qualité (89). Dans sa méta analyse ZGORSKA MAYNARD.M, retrouvait un effet positif d'une prévention en salle d'attente (90).

Cependant tous les médecins généralistes n'ont pas la même volonté d'afficher ce type d'informations en salle d'attente, pour le médecin de l'entretien 10 des affiches en salle d'attente n'ont aucun impact « *je suis pas très sensible à ça non, enfin sensible, je suis pas très convaincu* », et pour le médecin de l'entretien 15 ce mode d'information n'est pas adapté à la thématique de l'alcool « *une addiction c'est pas parce que vous allez mettre un poster en disant il faut pas boire que les gens vont...* ». CHAPERON.J a interrogé les médecins généralistes de Nice concernant l'affichage en salle d'attente, seulement 38 % avaient des affiches de type préventive (91).

2.3.4. La prévention

Le médecin de l'entretien 5 propose d'intervenir chez les jeunes afin de faire de la prévention, cela permettrait d'éviter la consommation d'alcool à risque à l'âge adulte et les complications comme l'HTA qui en découlent « *les ados, c'est sur eux qu'on peut vraiment avoir un plus gros impact, c'est éviter de commencer soit le tabac, soit l'alcool* ». BINDER.P explique l'intérêt crucial d'effectuer de la prévention chez les jeunes, à l'âge où la maturation cérébrale n'est pas encore finie afin d'intervenir dans les représentations futures des substances addictives (92). D'autant plus que le binge drinking, beaucoup pratiqué par les jeunes, altère les structures et fonctions cérébrales au même titre qu'une consommation d'alcool excessive chronique (93).

En France cette tâche de prévention est attribuée au CSAPA, par le biais d'interventions en milieu scolaire (44). En 2018 le CSAPA des 3 cantons a effectué de la prévention concernant l'alcool dans les établissements scolaires du territoire de la CA Caux Vallée de Seine. Avec 5 interventions dans les lycées allant de 3 heures à 6 heures, 2 interventions dans les collèges de 4 heures et 6 heures, et une intervention à la maison des jeunes et de la culture de 7 heures.

Cependant les médecins interrogés ne semblaient pas au courant de ces interventions et n'en voyaient pas l'impact comme l'explique le médecin de l'entretien 5 « *il y a très très peu de prévention je vois mes enfants, sur tout leur lycée je sais même pas si ils ont eu une fois par an sur ça* ».

Peut-être que la manière dont sont effectuées ces interventions a besoin d'être adaptée.

CUFFOLO.R et BREE.J ont interrogés des jeunes sur leurs ressentis face aux messages anti-alcools. Ils ne se perçoivent pas personnellement comme cibles des messages car ils visent ceux qui boivent trop. Ils ne peuvent donc pas s'identifier. Les messages de prévention devraient être plus en adéquation avec la réalité des jeunes, valoriser le comportement protecteur de celui qui boit moins et adopter un ton qui ne privilégie pas la menace ou la moralisation (94).

2.3.5. Le prix de l'alcool

L'augmentation du prix de l'alcool pour diminuer les consommations de la population et donc des hypertendus a été proposée par le médecin de l'entretien 4 « *l'élévation des prix ça marche ça c'est certain* », au contraire le médecin de l'entretien 8 n'était pas convaincu de cette efficacité au vu de l'effet sur le tabagisme « *augmenter le prix ça donne rien de tout façon, puisque même le tabac il augmente et les gens continuent de fumer* ». Effectivement seulement une hausse forte du prix du tabac en 2002 et 2004 a fait diminuer le nombre des fumeurs en France (95). Selon les données de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies la vente de tabac stagne depuis 2004 (96). Une hausse majeure du prix de l'alcool pourrait être efficace. L'association nationale de prévention en alcoologie et addictologie et l'agence nationale de santé publique, proposent eux, de taxer l'alcool proportionnellement au contenu en gramme d'alcool. Actuellement la taxation dépend du type d'alcool et non de la quantité d'éthanol, or c'est cette quantité d'éthanol qui est toxique pour l'organisme. Ce type de taxation rendrait crédible la volonté de l'État de réduire les dommages liés à l'alcool par une action sur les prix (97)(14).

3. La réponse aux objectifs de l'étude

- L'objectif primaire :

Comprendre quels sont les freins que les médecins généralistes de la communauté d'agglomération Caux Vallée de Seine, rencontrent lorsqu'ils abordent les consommations d'alcool avec leurs patients hypertendus, et à l'inverse identifier les facteurs facilitant cet abord.

Les médecins interrogés ont identifié beaucoup de difficultés pour aborder le sujet de l'alcool avec leurs patients hypertendus. Le manque de maîtrise du sujet du médecin, le déni du patient et la place particulière de l'alcool dans la société française ont été décrit par la plupart des médecins. Face à cette problématique il y avait autant de médecin « à l'aise » que « non à l'aise ». Pour contourner ces difficultés les éléments objectifs de la biologie étaient utilisés par tous les médecins, et l'entourage des patients permettait souvent de débloquer certaines situations.

- Les objectifs secondaires :

Comment un diagnostic d'hypertension artérielle pourrait être un moyen de dépistage des consommations excessives d'alcool.

La thématique de l'alcool ne peut être abordée frontalement avec les patients, par risque de stigmatisation et de rupture de la relation médecin/malade. L'intégrer dans la recherche des facteurs de risques d'HTA et cardiovasculaires au même titre que la recherche d'une mauvaise alimentation, d'une sédentarité ou d'un tabagisme, permet aux médecins de l'aborder légitimement sans être directement l'investigateur aux yeux des patients.

Proposer une aide aux médecins généralistes pour faciliter l'abord de ce sujet avec leurs patients hypertendus, en collaboration avec l'équipe du CSAPA des 3 cantons.

Les médecins généralistes ont besoin d'une aide pour aborder les consommations d'alcool avec leurs patients hypertendus. La première chose serait d'informer la population, par le biais de campagnes d'informations multimédia ou d'affichages dans la salle d'attente. Une bonne prévention dans les lycées et collèges avant l'installation des consommations chroniques d'alcool pourrait également être utile. Un outil de dépistage simple et rapide à utiliser en consultation, reprenant les causes possibles d'HTA et les facteurs de risques cardiovasculaires serait un bon moyen pour qu'individuellement les médecins puissent aborder la thématique de l'alcool avec les patients hypertendus simplement et systématiquement.

V. Proposition d'aide aux médecins généralistes pour l'abord du sujet de l'alcool chez les patients hypertendus

Il ressort de cette étude que la recherche des consommations excessives d'alcool chez les patients hypertendus est essentielle, et ce de manière plus systématique, au même titre que les autres causes d'HTA et les facteurs de risques cardiovasculaires.

Après discussion avec le CSAPA des 3 cantons nous avons souhaité répondre à cette problématique en élaborant un questionnaire qui permettrait d'aider les médecins généralistes à dépister la consommation excessive d'alcool chez les patients hypertendus. Il pourrait être utilisé lors d'un diagnostic ou d'un suivi d'hypertension artérielle, mais également en cas d'échecs des thérapeutiques anti-hypertensives.

Ce questionnaire reprendrait les causes possibles d'HTA, dont la consommation excessive d'alcool, et la recherche des autres facteurs de risques cardio-vasculaires de façon succincte. Le médecin généraliste pourrait dans un second temps approfondir certains sujets. Il serait constitué de 6 questions courtes et sa durée serait de quelques minutes.

Concernant la question relative à la recherche d'une consommation excessive d'alcool, il pourrait être demandé : « Combien de verre d'alcool consommez-vous par semaine ? ». Bien que le terme « verre d'alcool » ne permet pas de préciser la quantité exacte d'alcool, il a l'avantage d'être compris de tous. Cette question intégrée dans ce type de questionnaire permettrait au médecin d'être plus à l'aise pour aborder le sujet de l'alcool avec son patient hypertendu.

Les autres questions ne concernant pas l'alcool ont été inspirées du « questionnaire du sujet hypertendu », rédigé par le service d'hypertension artérielle de l'hôpital européen Georges Pompidou et approuvé par la société française d'HTA (98).

Ce type de questionnaire rapide, devrait être testé auprès des patients hypertendus du secteur des 3 cantons, afin d'analyser son acceptabilité pour les patients et les médecins généralistes. Mais également d'analyser son impact sur le dépistage des consommations d'alcool chez les patients hypertendus.

Questionnaire hypertension artérielle

Age :
Sexe :
IMC :
LDL et Tg :
Diabète :

- 1- Avez-vous des antécédents familiaux d'HTA ?
- 2- Salez-vous vos aliments ?
- 3- Êtes-vous fumeur ?
- 4- Combien de verres d'alcool consommez-vous par semaine ?
- 5- Faites-vous régulièrement de l'exercice ou du sport ?
- 6- Êtes-vous quelqu'un de stressé ?

Figure 11 : questionnaire hypertension artérielle

VI. Conclusion

Pour conclure, la mise en évidence depuis plusieurs années du lien entre une consommation excessive d'alcool et une élévation des chiffres tensionnels, doit repositionner l'alcool comme cause possible d'hypertension artérielle.

Les médecins généralistes se heurtent à une multitude de difficultés lorsqu'ils abordent le sujet de l'alcool avec leurs patients hypertendus. Cela peut être en lien avec un manque de maîtrise et de formation de leur part, la peur de rompre la relation médecin/malade, mais également le déni ou le manque de compliance du patient. La place de l'alcool dans la société française et au sein de la CA Caux Vallée de Seine décourage les médecins généralistes à aborder ce sujet avec leurs patients hypertendus.

Les médecins généralistes ont du mal à élaborer des stratégies pour aborder légitimement et sereinement ce sujet, et faire prendre conscience de la toxicité artérielle de l'alcool chez leurs patients. Les perturbations biologiques liées à l'alcool sont le plus souvent utilisées par les médecins, mais une démarche venant du patient hypertendu ou de l'entourage semble la plus efficace. L'hypertension artérielle est considérée par les médecins comme un bon moyen d'aborder la thématique de l'alcool avec leurs patients.

Aux vues des difficultés des médecins généralistes et de leurs attentes, un questionnaire simple et pertinent pouvant être utilisé rapidement en consultation de médecine générale recherchant les causes d'hypertension artérielle et les facteurs de risque cardiovasculaires pourrait être un bon moyen de dépistage. La recherche des consommations d'alcool y serait intégrée.

Cependant pour développer des outils efficaces et acceptés par la population, pour réduire la consommation d'alcool en cas d'HTA, le soutien des pouvoirs publics est indispensable. L'ensemble des acteurs : médecins, représentants de l'état, Agence Régionale de Santé doivent avoir un discours commun pour lutter contre les dangers de l'alcool, loin des pressions extérieures du monde la santé.

VII. Bibliographie

1. OMS | À propos des maladies cardiovasculaires [Internet]. Organisation mondiale de la Santé. [cité 29 nov 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/entity/cardiovascular_diseases/about_cvd/fr/index.html
2. Lawes CMM, Vander Hoorn S, Rodgers A, International Society of Hypertension. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. *Lancet Lond Engl*. 3 mai 2008;371(9623):1513- 8.
3. Perrine A-L, Lecoffre C, Blacher J, Olié V. L'hypertension artérielle en France : prévalence, traitement et contrôle en 2015 et évolutions depuis 2006. *Bull Epidémiol Hebd*. 2018;(10):170- 9.
4. Définition et facteurs favorisants de l'HTA [Internet]. 2018 [cité 1 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/hypertension-arterielle-hta/definition-facteurs-favorisants>
5. HAS. Fiche memo-Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-10/fiche_memo_hta__mel.pdf. 2016.
6. Atul Pathak, Claire Mounier-Vehier, Pascal Bousquet, Jean-Luc Elghozi, Pierre Boutouyrie. Hypertensions artérielles d'origine médicamenteuse ou toxique. déc 2015;8.
7. Denolle T, Chamontin B, Doll G, Fauvel J-P, Girerd X, Herpin D, et al. Prise en charge de l'hypertension artérielle résistante. Consensus d'experts de la Société française d'hypertension artérielle, filiale de la Société française de cardiologie. *Presse Médicale*. 1 déc 2014;43(12, Part 1):1325- 31.
8. Richard J-B, Palle C, Guignard R, Nguyen V, Beck F, Arwidson P. La consommation d'alcool en France en 2014. *avr 2015*;32):6.
9. V. Leuenberger, P. Gache, K. Sutter, A. Rieder Nakhlé. Hypertension artérielle et consommation d'alcool. *Revue Médicale Suisse [Internet]*. 2006 [cité 29 nov 2018];volume 2(31629). Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2006/RMS-78/31629>
10. Rehm J, Prieto JAA, Beier M, Duhot D, Rossi A, Schulte B, et al. The role of alcohol in the management of hypertension in patients in European primary health care practices – a survey in the largest European Union countries. *BMC Fam Pract*. 8 sept 2016;17(1):130.
11. OMS | Questions-réponses l'hypertension artérielle [Internet]. Organisation mondiale de la Santé. 2015 [cité 2 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/features/qa/82/fr/index.html>
12. Baudin B, Cohen A, Berthelot-Garcias E, Meuleman C, Dufaitre G, Ederhy S, et al. Données épidémiologiques des maladies cardiovasculaires et prise en charge des accidents cardiovasculaires. *Rev Francoph Lab*. févr 2009;2009(409):27- 39.
13. Dr Claudie Locquet DML. outil d'aide ou repérage précoce et intervention brève: alcool, cannabis, tabac chez l'adulte [Internet]. commission des recommandations de bonne pratique (CRBP); 2014. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_delaboration_reperage_alcool_cannabis_tabac_-_rapport_delaboration.pdf
14. Santé publique France, Institut national du cancer. Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France [Internet]. Saint-Maurice: Santé publique France; 2017 mai p. 152 p. Disponible sur: www.santepubliquefrance.fr
15. Professeur B. Rueff. Dossier : Alcool et nutrition [Internet]. Institut Danone. [cité 2 déc 2018]. Disponible sur: <http://institutdanone.org/objectif-nutrition/alcool-et-nutrition/dossier-alcool-et-nutrition/>
16. Fondation pour la recherche en alcoologie. Alcool et nutriments. *avr 2017*;7.
17. Dr. Gelsi. Métabolisme de l'alcool et conséquences de l'alcoolisme chronique. *UE nutrition*; 2012 janv 31; nice.
18. Addiction suisse. l'alcool dans le corps effets et élimination. *Education + santé*; 2011.
19. Société savante médicale française d'hépatogastroentérologie et d'oncologie digestive. Hépatopathie alcoolique (hors cirrhose) [Internet]. SNFGE. 1999 [cité 2 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.snfge.org/content/hepatopathie-alcoolique-hors-cirrhose>
20. OFDT. Alcool - Synthèse des connaissances [Internet]. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. 2018 [cité 11 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/>
21. expertise collective. consommation d'alcool et cancers. In: *Alcool Effet sur la santé*. INSERM; 2001. p. 205. (Les éditions inserm).
22. J. Biéder HC. Embryofoetopathie alcoolique (syndrome de Lemoine). *EM-Consulte*. février 2002;Vol 160(N° 1):P. 67-71.
23. Buscaïl L, Carrière F. Physiopathologie de l'insuffisance pancréatique exocrine et ses implications thérapeutiques. *Hépatogastro Oncol Dig*. 1 avr 2010;17(2):135- 44.

24. Piano MR. Alcoholic Cardiomyopathy: Incidence, Clinical Characteristics, and Pathophysiology. *Chest*. 1 mai 2002;121(5):1638- 50.
25. Peter D. Friedmann. Trente ans d'études observationnelles sur l'effet cardioprotecteur de l'alcool : l'incertitude persiste. *Revue Médicale Suisse*. 5 sept 2012;volume 8:1684- 1684.
26. Roerecke M, Rehm J. The cardioprotective association of average alcohol consumption and ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Addict Abingdon Engl*. juill 2012;107(7):1246- 60.
27. Burton R, Sheron N. No level of alcohol consumption improves health. *Lancet Lond Engl*. 22 2018;392(10152):987- 8.
28. Fisher NDL, Orav EJ, Chang G. Effects of alcohol consumption on blood pressure in hypertensive women. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2018;44(2):200- 5.
29. Santana NMT, Mill JG, Velasquez-Melendez G, Moreira AD, Barreto SM, Viana MC, et al. Consumption of alcohol and blood pressure: Results of the ELSA-Brasil study. *PloS One*. 2018;13(1):e0190239.
30. Wakabayashi I. Body weight-dependent relationships between alcohol consumption and pulse pressure in middle-aged Japanese women. *J Am Soc Hypertens JASH*. déc 2017;11(12):801-810.e2.
31. Mori TA, Burke V, Beilin LJ, Puddey IB. Randomized Controlled Intervention of the Effects of Alcohol on Blood Pressure in Premenopausal Women. *Hypertens Dallas Tex* 1979. sept 2015;66(3):517- 23.
32. Yoo M-G, Park KJ, Kim H-J, Jang HB, Lee H-J, Park SI. Association between alcohol intake and incident hypertension in the Korean population. *Alcohol Fayettev N*. 17 sept 2018;
33. Fuchs FD, Chambless LE, Whelton PK, Nieto FJ, Heiss G. Alcohol consumption and the incidence of hypertension: The Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Hypertens Dallas Tex* 1979. mai 2001;37(5):1242- 50.
34. Taylor B, Irving HM, Baliunas D, Roerecke M, Patra J, Mohapatra S, et al. Alcohol and hypertension: gender differences in dose-response relationships determined through systematic review and meta-analysis: Alcohol and hypertension: a meta-analysis. *Addiction*. déc 2009;104(12):1981- 90.
35. Roerecke M, Kaczorowski J, Tobe SW, Gmel G, Hasan OSM, Rehm J. The effect of a reduction in alcohol consumption on blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2017;2(2):e108- 20.
36. Llisterri Caro JL, Rodríguez Roca GC, Alonso Moreno FJ, Lou Arnal S, Divisón Garrote JA, Santos Rodríguez JA, et al. [Blood pressure control in Spanish hypertensive patients in Primary Health Care Centres. PRESCAP 2002 Study]. *Med Clin (Barc)*. 14 févr 2004;122(5):165- 71.
37. Leal S, Ricardo Jorge D-O, Joana B, Maria SS, Isabel SS. Heavy Alcohol Consumption Effects on Blood Pressure and on Kidney Structure Persist After Long-Term Withdrawal. *Kidney Blood Press Res*. 2017;42(4):664- 75.
38. Passaglia P, Ceron CS, Mecawi AS, Antunes-Rodrigues J, Coelho EB, Tirapelli CR. Angiotensin type 1 receptor mediates chronic ethanol consumption-induced hypertension and vascular oxidative stress. *Vascul Pharmacol*. nov 2015;74:49- 59.
39. Da Silva AL, Ruginsk SG, Uchoa ET, Crestani CC, Scopinho AA, Correa FMA, et al. Time-course of neuroendocrine changes and its correlation with hypertension induced by ethanol consumption. *Alcohol Alcohol Oxf Oxfs*. août 2013;48(4):495- 504.
40. el-Mas MM, Abdel-Rahman AA. Direct evidence for selective involvement of aortic baroreceptors in ethanol-induced impairment of baroreflex control of heart rate. *J Pharmacol Exp Ther*. mars 1993;264(3):1198- 205.
41. Altura BM, Altura BT. Role of Magnesium and Calcium in Alcohol-Induced Hypertension and Strokes as Probed by In Vivo Television Microscopy, Digital Image Microscopy, Optical Spectroscopy, ³¹P-NMR, Spectroscopy and a Unique Magnesium Ion-Selective Electrode. *Alcohol Clin Exp Res*. 1 oct 1994;18(5):1057- 68.
42. Caux Seine Agglo. Communauté d'agglomération Caux vallée de Seine - Présentation [Internet]. 2018 [cité 8 déc 2018]. Disponible sur: https://www.cauxseine.fr/cvs-qui_sommes_nous-presentation.php
43. CartoSanté - Rapports et portraits de territoires [Internet]. [cité 8 déc 2018]. Disponible sur: <http://cartosante.atlasante.fr/#c=report&chapter=omni&report=r01&selgeo1=epci.200010700&selgeo2=fra.99>
44. Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie | Legifrance [Internet]. [cité 11 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2007/5/14/SANP0721630D/jo>
45. Mercier A, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.

46. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 1 janv 2008;84:142- 5.
47. BOUTIN francois, LEROY céline, FOSSARD jean-luc. Diagnostic régional sur les besoins de santé. normandie: ARS; 2017 janv p. 40.
48. Soraya Belgherbi, Carine Mutatayi, Christophe Palle. Les repères de consommation d'alcool: les standards mis en question. saint-denis: OFDT; 2015 sept. Report No.: Note 2015-03.
49. Vinson DC, Turner BJ, Manning BK, Galliher JM. Clinician suspicion of an alcohol problem: an observational study from the AAFP National Research Network. Ann Fam Med. févr 2013;11(1):53- 9.
50. Bouix J.C, Gache.P, Rueff.B, Huas.D. Parler d'alcool reste un sujet tabou. Connaissances, opinions et attitudes pratiques de médecins généralistes français concernant l'alcool. Rev Prat Médecine Générale. 2002;16(588):1488- 92.
51. Groppi M, Geiger S, Lafortune J. Parler d'alcool avec son patient en médecine générale Simple ou gênant ? Médecine. 28 févr 2011;7(2):83- 6.
52. Miquel L, López-Pelayo H, Nuño L, Arbesú JÁ, Zarco J, Manthey J, et al. Barriers to implement screening for alcohol consumption in Spanish hypertensive patients. Fam Pract. 23 mai 2018;35(3):295- 301.
53. Primary Care Providers' Recommendations for Hypertension Prevention, DocStyles Survey, 2012 - Jing Fang, Carma Ayala, Fleetwood Loustalot, 2015 [Internet]. [cité 16 déc 2018]. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/2150131915568997>
54. Benkiran L. Le médecin généraliste face aux principales addictions aux produits (tabac, alcool, cannabis, opiacés, cocaïne): freins au repérage et à la gestion dans la pratique courante: enquête qualitative réalisée auprès de 20 praticiens de la région PACA. Médecine humaine et pathologie; 2014.
55. Kandel.O. 3 chiffres, 1 schéma et quelques idées pour optimiser le dépistage et la prise en charge des mésusages de l'alcool. Rev Prat-Médecin Générale. 14 oct 2002;16(587).
56. P. Anderson, A. Gual, J. Colom,. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. santé publique france; 2016.
57. Garendel.J. Identification des facteurs qui influencent la prise en charge des patients faisant un mésusage de l'alcool en médecine générale : étude qualitative par entretiens semi-dirigés [Internet]. [Poitiers]: Université de Poitiers; 2017 [cité 16 déc 2018]. Disponible sur: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/58140>
58. ROUYER Sophie. Un point sur la formation des medecins generalistes en addictologie [Internet]. groupe interalcool rhone alpes; 2011 [cité 16 déc 2018]. Disponible sur: <http://groupeinteralcool.free.fr/index.php/component/content/article/48-2009-2010/62-rouyer-generalistes>
59. Rolland C, Lang T. La relation médecin-malade lors de consultations de patients hypertendus en médecine générale de ville. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2007.
60. Ampt AJ, Amoroso C, Harris MF, McKenzie SH, Rose VK, Taggart JR. Attitudes, norms and controls influencing lifestyle risk factor management in general practice. BMC Fam Pract. 26 août 2009;10:59.
61. Gautier A, Berra N. Baromètre santé médecins généralistes 2009. INPES; 2009 p. 44. (Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale).
62. Malichier É. Rôle et place du médecin généraliste dans l'accompagnement [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2017.
63. Ketterer F, Symons L, Lambrechts M-C, Mairiaux P, Godderis L, Peremans L, et al. What factors determine Belgian general practitioners' approaches to detecting and managing substance abuse? A qualitative study based on the I-Change Model. BMC Fam Pract. 14 juin 2014;15:119.
64. P. Gache. Prise en charge du patient alcoolo-dépendant : préjugés et contre-attitudes. Revue Médicale Suisse [Internet]. 2000 [cité 23 déc 2018];volume-4(20815). Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2000/RMS-2316/20815>
65. Girard A, Biot-Laporte S. Etat des lieux sur la connaissance des critères de mésusage de l'alcool: étude quantitative auprès de la population adulte consultant en cabinet de médecine générale. [Lyon, France]: université clude bernard-lyon; 2018.
66. Larzillière.C. Connaissance de l'hypertension artérielle par la population. Conséquences sur le contrôle. [Faculté de médecine de Nancy]: Université de Lorraine; 2015.
67. Barrois F. Les connaissances et représentations des patients hypertendus sur l'hypertension artérielle et leurs attentes dans la prise en charge de la maladie [Internet] [Thèse d'exercice : Médecine]. université d'Angers; 2015. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20127001/2015MCEM5017/fichier/5017F.pdf>

68. Dr François Charon, Dr Gérard Van Woensel. Le déni: un symptôme de l'alcoolisme. Revue de la Médecine Générale. N° 170. févr 2000;
69. Vasseur E. Complexité de l'abord du thème de l'alcool en consultation de médecine générale: expérience de personnes ayant connu un trouble de l'usage d'alcool [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen Normandie; 2016.
70. Culture de l'alcool en France : Consommation de vin et promotion - alcoolinfoservice [Internet]. Alcool Info Service. [cité 7 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.alcool-infoservice.fr/alcool/consommation-alcool-france/culture-alcool-consommation-vin>
71. Denis Jeffrey JL. Codes, corps et rituels dans la culture jeune. presse université de Laval; 2012. 21 p. (Sociologie au coin de la rue).
72. Spilka S. Estimations 2014 des consommations de produits psychoactifs à 17 ans. OFDT; 2002 p. 6. Report No.: Note 2015-02.
73. Goodman A. Addiction: definition and implications. Br J Addict. 1990;85(11):1403- 8.
74. Com-Ruelle L. Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque ? 2008;7.
75. Probst C, Manthey J, Martinez A, Rehm J. Alcohol use disorder severity and reported reasons not to seek treatment: a cross-sectional study in European primary care practices. Subst Abuse Treat Prev Policy. 12 août 2015;10:32.
76. Roche AM, Hotham ED, Richmond RL. The general practitioner's role in AOD issues: overcoming individual, professional and systemic barriers. Drug Alcohol Rev. sept 2002;21(3):223- 30.
77. Maurage P. Altérations émotionnelles et interpersonnelles dans l'alcool-dépendance : l'apport des neurosciences. Rev Neuropsychol. 7 déc 2013;Volume 5(3):166- 78.
78. Eyles C, Moore M, Sheron N, Roderick P, O'Brien W, Leydon GM. Acceptability of screening for early detection of liver disease in hazardous/harmful drinkers in primary care. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. août 2013;63(613):e516-522.
79. Imbert L, Gaulier J-M, Dulaurent S, Lachâtre G. Dosages urinaire et capillaire de l'éthylglucuronide. Ann Biol Clin (Paris). 1 nov 2012;70(6):629- 34.
80. Huas D, Rueff B. Abord clinique des malades de l'alcool: en médecine générale. Springer Science & Business Media; 2005. 132 p.
81. Dr Jean-Bernard Daepfen MJG. implémentation et dissémination de l'intervention brève pour la consommation d'alcool à risque en médecine de premier recours: évaluation du projet partiel « médecin » du programme national alcool « ça débouche sur quoi? » Lausanne: Office Fédéral de la Santé Publique, section Alcool; 2006 janv p. 31.
82. Lefèvre P. Comment les médecins généralistes ont-ils intégré la ROSEP à leur pratique? Étude qualitative auprès de 14 médecins généralistes en Haute-Normandie [Médecine humaine et pathologie]. université de Rouen; 2014.
83. Anglionin V. Education du patient hypertendu: évaluation d'un questionnaire [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2009.
84. Laure P, Trépos J-Y. Représentations des recommandations professionnelles par les médecins généralistes. Sante Publique (Bucur). 2006;Vol. 18(4):573- 84.
85. Trépos J-Y, Laure P. Médecins généralistes et recommandations médicales : une approche sociologique. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. 1 juill 2008;56(4, Supplement):S221- 9.
86. Garel M. Évaluation d'une étude pilote en lorraine sur le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) auprès de médecins généralistes en matière d'alcool, tabac et cannabis [Sciences du Vivant]. Université de Lorraine; 2017.
87. Aribi L, Chouwayekh S, Charfeddine F, Bouattour W, Marrekchi C, Amami O. Attitudes et attentes des médecins généralistes à l'égard de la formation médicale continue. Réflexions à partir d'une enquête transversale auprès de 73 médecins de la région de Sfax (Tunisie). Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 nov 2018;176(9):875- 80.
88. Courbet D. Réception des campagnes de communication de santé publique et efficacité des messages suscitant de la peur. Une étude expérimentale sur le rôle de la peur dans le changement des attitudes néfastes. Commun Inf Médias Théories Prat. 15 févr 2003;(Vol. 22/1):100- 20.
89. Agathe BOZON. 4 arguments clés en faveur de la communication dans les lieux de santé [Internet]. IDS media. 2018 [cité 10 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.ids-media.fr/blog/communication-lieux-sante>
90. Zgorska Maynard - Moussa, Suzanna. Effets des supports audiovisuels en salle d'attente de médecine générale sur la promotion de la santé : revue systématique de la littérature [Internet] [Doctorat de médecine]. Lille; 2016 [cité 13 janv 2019]. Disponible sur: <http://pepite.univ->

91. Chaperon J. Facteurs influençant l'affichage en salle d'attente des cabinet de médecine générale: enquête quantitative auprès de 50 médecins généralistes niçois [Médecine humaine et pathologie]. 2017.
92. Binder philippe. Intervenir sur les addictions en médecine générale Deuxième partie – Les interventions possibles. exercer. fevrier 2017;
93. Maurage P, Joassin F, Speth A, Modave J, Philippot P, Campanella S. Cerebral effects of binge drinking: respective influences of global alcohol intake and consumption pattern. Clin Neurophysiol Off J Int Fed Clin Neurophysiol. mai 2012;123(5):892- 901.
94. Raphaël CUFFOLO, Joël BRÉE. Ça marche pas la prévention, surtout sur l'alcool : Comprendre la contestation des campagnes de prévention contre l'abus d'alcool chez les jeunes adultes, [Internet]. 4ème Journée Internationale du Marketing Santé (JIMS); 2016 juin [cité 31 janv 2019]; Lille. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/304134675_Ca_marche_pas_la_prevention_surtout_sur_l'alcool_Comprendre_la_contestation_des_campagnes_de_prevention_contre_l'abus_d'alcool_chez_les_jeunes_adultes
95. Beck F, Guignard R, Richard J-B, Wilquin J-L, Peretti P. Premiers résultats du baromètre santé 2010 - Evolutions récentes du tabagisme en France. INPES; 2010 janv p. 13.
96. OFDT. Ventes de tabac et de cigarettes Evolution depuis 1990 [Internet]. 2018 [cité 20 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/tabac-evolution-des-ventes/>
97. ANPAA. Les 10 mesures efficaces pour protéger des risques de l'alcool [Internet]. 2018 [cité 20 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.anpaa.asso.fr/presse/espace-presse/969-les-10-mesures-efficaces-pour-protger-des-risques-de-l-alcool>
98. Service d'hypertension artérielle de l'Hôpital Européen Georges Pompidou. Questionnaire du sujet hypertendu. Hôpital Européen Georges Pompidou; 2005.

ANNEXES

Annexe 1 : Le guide d'entretien

Bonjour,

Je m'appelle Adèle Mabilais, je viens de finir mon internat et je remplace actuellement

Tout d'abord merci de me recevoir pour participer à l'étude de ma thèse dont le sujet est alcool et hypertension artérielle, que je réalise au sein du secteur de la communauté d'agglomération Caux Vallée de Seine.

Il est établi scientifiquement que l'une des causes de l'élévation des chiffres de la tension artérielle est la consommation excessive d'alcool, et ce de façon indépendante des autres facteurs de risque cardiovasculaires des 200 g/semaine soit 3 verres équivalents par jour, et agit comme cofacteur pour une consommation moindre.

Chez 15 à 30 pourcents des consommateurs excessifs d'alcool on retrouve une HTA et 7 à 8 pourcents des hypertendus ont une consommation excessive d'alcool.

Bien que de nos jours des outils simples et rapides, comme le conseil minimum sur l'alcool ont fait leurs preuves pour faire diminuer les consommations chez nos patients, il reste pour beaucoup de médecins, difficile d'aborder ce sujet.

Mon travail consiste à remettre à l'ordre du jour le rôle de l'alcool comme cause possible d'hypertension artérielle, de donner des clés pour l'aborder, ainsi que de voir comment cette HTA peut être un moyen de dépistage de consommation excessive d'alcool pour nos patients.

Cet entretien a pour but de recueillir votre vécu, vos idées et suggestions sur ce sujet.

Votre participation à cette étude est totalement anonyme. Il n'y a aucune bonne ou mauvaise réponse, et tout élément d'expériences personnelles est le bienvenue pour l'enrichir au maximum.

CARACTERISTIQUE DU MEDECIN INTERROGE :

-Quel âge avez-vous ?

-Depuis combien d'années êtes-vous installé au sein de la communauté d'agglomération Caux Vallée de Seine ?

-Avez-vous eu une formation en addictologie ? laquelle ?

ENTRETIEN

1. Rôle de l'alcool dans l'HTA :

- Faites-vous un lien entre la consommation excessive d'alcool et l'HTA ? Lequel ?
- Quelle importance donnez-vous à la consommation excessive d'alcool par rapport aux autres facteurs de risques d'HTA dans la prise en charge de vos patients hypertendus ?
- A quels moments évoquez-vous les consommations d'alcool avec vos patients hypertendus lors de votre suivi ?

2. Abord de la consommation d'alcool chez les patients hypertendus

- Pour vous est-ce difficile d'aborder cette problématique chez les patients hypertendus ? Pour quelles raisons ?
- Quels sont les difficultés et les obstacles que vous pouvez rencontrer personnellement pour aborder la problématique de la consommation d'alcool chez vos patients hypertendus ?
- A l'inverse quels éléments peuvent vous aider à aborder cette problématique de l'alcool chez vos patients hypertendus ?

3. Diagnostiquer des consommations excessives d'alcool chez les patients hypertendus

- Quels outils de dépistages ou examens paracliniques utilisez-vous pour explorer la problématique alcoolique dans un diagnostic d' HTA ?
- Lorsque le lien de consommation excessive d'alcool avec l' HTA est établi, quelle est votre attitude ?
- Comment utilisez-vous un diagnostic d'HTA pour parler d'alcool avec un patient dont vous soupçonnez une consommation excessive ?

4. Améliorer la pratique médicale

- Quelles seraient vos suggestions pour aborder ce sujet simplement ?
- Comment le CSAPA du canton pourrait vous aider à aborder ce sujet avec vos patients ?

Annexe 2 : Le consentement écrit

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

N° d'identification du participant :

Titre du projet HTA et alcool

Recherche qualitative auprès de *médecins généralistes de la communauté d'agglomération Caux Vallée de Seine*

Réalisation de l'entretien :

Cet entretien sera réalisé par *MABILAIS Adèle*, dans les locaux du médecin interrogé

Il durera environ 30 minutes et sera enregistré de façon anonyme.

Qu'est ce qui se passe si je participe ?

Vous participerez à un entretien individuel où l'on vous posera des questions concernant *vos* vécu et expérience

Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Comment sera traitée l'information recueillie ?

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle.

Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée.

L'analyse des données sera réalisée par *MABILAIS Adèle et en collaboration avec Dr PLE*

Les résultats seront utilisés dans le cadre de la thèse HTA et alcool auprès de la faculté de Rouen et peuvent éventuellement être publiés.

Merci de noter vos initiales dans chaque case :

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.

2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.

3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.

4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication.

5. Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Signature (participant) _____

Signature (investigateur) _____

Date _____

Date _____

Nom _____

Nom _____

RESUME

Introduction : Une consommation excessive d'alcool peut être responsable d'hypertension artérielle. Ces consommations doivent être dépistées et prises en charge par les médecins généralistes chez les patients où est mise en évidence une HTA. Il est donc essentiel de se poser la question : comment aborder le sujet de l'alcool chez les patients hypertendus en médecine générale ?

Objectifs : Comprendre quels sont les freins ou les facteurs facilitants que les médecins généralistes de la communauté d'agglomération Caux Vallée de Seine, rencontrent lorsqu'ils parlent des consommations d'alcool avec leurs patients hypertendus.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée auprès de médecins généralistes du territoire de la communauté d'agglomération Caux vallée de Seine. Lors des entretiens individuels, ils ont été interrogés sur leur manière d'évoquer la consommation d'alcool avec leurs patients hypertendus, sur les obstacles rencontrés et à l'inverse les facteurs pouvant les aider à aborder ce sujet, ainsi que sur les aides dont ils auraient besoin.

Résultats : 15 médecins généralistes ont été interrogés, et la saturation des données a pu être obtenue. La manière d'aborder la consommation d'alcool avec les patients hypertendus par les médecins généralistes était variée. Il y avait autant de médecin « à l'aise » que non « à l'aise ». Plusieurs obstacles ont été décrit par les médecins généralistes pour aborder ce sujet avec les patients hypertendus : leur manque de formation et de maîtrise du sujet, la peur de détruire la relation médecin/ malade, le déni et le manque de compliance du patient, ou encore la place particulière de l'alcool dans la société Française. Pour introduire le sujet et faire prendre conscience des méfaits de l'alcool sur la santé de leurs patients, les médecins généralistes utilisent les perturbations biologiques comme les GGT, le VGM ou le CDT. Le sujet peut également être abordé par l'entourage du patient ou le patient lui-même. L'hypertension artérielle a été vu par les médecins comme un bon moyen d'aborder le sujet de l'alcool avec leurs patients. Plusieurs propositions pour améliorer l'abord du sujet ont été évoquées par les médecins : le développement d'outils comme des questionnaires, des cours de formations, mais également une intensification de la prévention dans les collèges et lycées ou encore la mise en place de campagne d'information multimédia par la caisse primaire d'assurance maladie.

Conclusion : Le sujet de l'alcool est difficile à aborder par les médecins généralistes avec leurs patients hypertendus pour une multitude de raisons, et il est difficile de trouver des éléments sur lesquels s'appuyer pour contourner ces obstacles. Au vu des difficultés exprimées par les médecins, l'hypertension semble être un bon moyen pour aborder la thématique de l'alcool avec les patients hypertendus. Un questionnaire rapide et simple en cas d'hypertension artérielle reprenant les étiologies possibles, dont l'alcool et les facteurs des risques cardiovasculaires, serait utile pour aider les médecins généralistes à aborder ce sujet. Cependant l'ensemble des acteurs : médecins, pouvoirs publiques, ARS doivent avoir un discours commun pour lutter contre les dangers de l'alcool et améliorer la consommation excessive de beaucoup de patients hypertendus.

Mots clé : Alcool, Hypertension artérielle, Médecine générale, Communauté d'agglomération Caux Vallée de Seine