



**HAL**  
open science

# L'abord de l'alcool en médecine générale, de l'usage au trouble : déroulement et expériences au travers d'une enquête qualitative

Émilie Allain

► **To cite this version:**

Émilie Allain. L'abord de l'alcool en médecine générale, de l'usage au trouble : déroulement et expériences au travers d'une enquête qualitative. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03152007

**HAL Id: dumas-03152007**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03152007>**

Submitted on 16 Mar 2021

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

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

**UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE**

-----  
**UFR de SANTÉ**

Année 2020

**THÈSE POUR L'OBTENTION**  
**DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le : 01 JUILLET 2020

Par

Madame Emilie ALLAIN

Née le 08 Février 1991 à Saint-Lô (Manche)

**L'ABORD DE L'ALCOOL EN MEDECINE GENERALE,**  
**DE L'USAGE AU TROUBLE : DEROULEMENT ET EXPERIENCES**  
**AU TRAVERS D'UNE ENQUETE QUALITATIVE**

**Président :** **Monsieur le Professeur LE BAS François**

**Membres :** Monsieur le Professeur LE COUTOUR Xavier

Monsieur le Docteur COUETTE Pierre-André

Madame le Docteur LEMOINE Cynthia, Directrice de thèse

**Année Universitaire 2019/2020****Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

**Assesseurs**

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3<sup>ème</sup> cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation

M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUS Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M.	MAHE Marc-André	Cancérologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophthalmologie
Mme	RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

## **PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS**

M.	DE LA SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
M.	GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M.	LE BAS François	Médecine Générale
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

## **PRCE**

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

## **PROFESSEURS EMERITES**

M.	HURAUULT de LIGNY Bruno	Néphrologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie

**Année Universitaire 2019/2020****Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

**Assesseurs**

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3<sup>ème</sup> cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
M.	HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

## **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS**

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André	Médecine générale
Mme	DE JAEGHER Sophie	Médecine générale
M.	PITHON Anni	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas	Médecine générale
Mme	SCHONBRODT Laure	Médecine générale

## **MAITRES DE CONFERENCES EMERITES**

Mme	DEBRUYNE Danièle	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie	Hématologie
Mme	LEPORRIER Nathalie	Génétique

## **REMERCIEMENTS**

Merci au Professeur LE BAS d'avoir accepté de présider cette thèse. Au plaisir de vous revoir dans notre belle région granvillaise.

Merci au Professeur LE COUTOUR d'avoir accepté de juger ce travail. Merci également pour votre disponibilité très appréciée des étudiants caennais.

Merci au Docteur COUETTE d'avoir accepté de juger ce travail. Merci pour votre investissement au sein des groupes Balint proposés aux internes de médecine générale.

Merci au Docteur LEMOINE d'avoir dirigé cette thèse. Un grand Merci pour ton aide efficace et tes précieux conseils.

Merci à Madame JARDIN, pour toutes vos précieuses informations et votre disponibilité qui ont facilité ce travail.

Merci aux médecins généralistes qui ont participé à cette enquête. J'ai beaucoup apprécié m'entretenir avec vous.

Merci aux équipes soignantes des services de Médecine de l'hôpital de Coutances, des Urgences et Pédiatrie de l'hôpital d'Avranches et d'Addictologie du CHU de Caen. J'ai eu grand plaisir à travailler au sein de vos équipes.

Un grand Merci aux Docteurs HUREL, REGNAULT et PHILLIPPART ainsi qu'à leurs épouses. Merci également à Aude et Danièle. Votre accueil chaleureux pendant l'internat a amplifié mon envie de rester sur le secteur granvillais.

Merci aux cabinets médicaux de Cormelles-le-Royal et May-Sur-Orne.

A mes parents et Mamie Jeanne, soutiens infailibles depuis toujours. Vos belles valeurs humaines sont sans aucun doute à l'origine de ce que je suis devenue aujourd'hui. Merci !

A Estelle et Christophe, chaque passage à la buissonnière, est une bonne dose de bonheur, alors en dix ans c'est incroyable ! Un immense Merci pour votre soutien et vos belles valeurs.



A Chou', mille Mercis pour ces superbes moments de colocations, d'amitié et de famille (tout en somme). Merci à toi Xavoune, pour tous les jolis moments passés ensemble. On a de la chance de vous avoir à côté de nous. Je vous souhaite une vie très heureuse à Bricbric !

A Toto et Anne-Cha, quand on vous voit ça sent la franche rigolade. Merci pour toute cette bonne humeur.

A ma famille et ma belle-famille que je suis toujours très heureuse de retrouver. Merci pour tous ces bons moments ensemble et pour votre soutien.

A mes vieux copains du coin et d'un peu plus loin, pour votre amitié sans limite : Anne-Claire, Marie, Marine, Marion, Marion, Sophie, Guillaume, Louis-Marie, Julien, Mathieu, Thomas : Vous voir est à chaque fois source de Joie, je suis très heureuse de vous avoir avec moi !

A vous qui avez partagé avec moi les bancs de la faculté de médecine de Caen et bien plus : Alix, Charlotte, Charlotte, Clémence, Léa, Marie, Marie-Anne, Marine, Marlène, Pauline, Siriane, Jo, Léo, Nico, Simon et Tony. Tellement de souvenirs pendant ces études difficiles mais si belles grâce à vous. Je me rappellerai à vie de toutes les parties de rigolade à la BU, au RU et partout ailleurs, les discussions à bâtons rompus, les tours de voiture... Un immense Merci !

A tous les copains de Saint-Lô : Anne, Arnaud, Bertrand, Capucine, FX, Luis, Marie, Marlène et à toute la belle équipe d'Equit@too. C'est à chaque fois un grand plaisir de vous retrouver, car on est sûr qu'on va bien décompresser !

Aux copains dentistes : Alice, Benjamin, Camille, Cécile, Charlotte, Martin, Maxime, Olivier, Pauline, Pauline, Pierre, Quentin, Robin, Selya. Paul m'a permis de vous connaître, j'ai toujours beaucoup de plaisir à vous voir. Merci pour les beaux souvenirs de vacances et de jolies soirées grâce à vous !

A toi mon Paul, Merci pour ton aide précieuse pour ce travail et surtout pour l'immense bonheur que tu m'apportes au quotidien. Tu es une personne incroyable !

## **ABREVIATIONS**

**AICR** : American Institute for Cancer Research

**API** : Alcoolisation Ponctuelle Importante

**AUDIT** : Alcohol Use Disorders Test

**CDA** : Consommation Déclarée d'Alcool

**DGS** : Direction Générale de la Santé

**DREES** : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

**DSM** : Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders

**FACE** : Formule pour Approcher la Consommation d'alcool par Entretien

**GGT** : Gamma-Glutamyltransferase

**GQBN** : Groupes Qualité de Basse Normandie

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**INCa** : Institut National du Cancer

**MILDECA** : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives,

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**RPIB** : Repérage Précoce Intervention Brève

**SASPAS** : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

**SFA** : Société Française d'Addictologie

**TVA** : Taxe sur la valeur ajoutée

**VGM** : Volume Globulaire Moyen

**WCRF** : World Cancer Research Fund

## **INDEX FIGURES**

**Figure 1 :** Comparaison des différentes classifications et stratégies thérapeutiques en fonction de la sévérité des troubles

*Page 6*

**Figure 2 :** Usage, mésusage, troubles liés à l'usage : un continuum

*Page 7*

**Figure 3 :** Répartition des participants en fonction du sexe, de l'âge et de l'expérience

*Page 15*

**Figure 4 :** Répartition des participants en fonction de la localisation géographique

*Page 15*

**Figure 5 :** Répartition des participants en fonction de la zone d'exercice

*Page 16*

## **TABLE DES ANNEXES**

**Annexe 1** : Alcool – Critères CIM 10 d'utilisation nocive pour la santé et de dépendance

*Page 83*

**Annexe 2** : Comparaison des critères du DSM-IV-TR et du DSM 5

*Page 84*

**Annexe 3** : Lettre d'information envoyée par mail ou remise en main propre aux participants

*Page 85*

**Annexe 4** : Version finale du guide d'entretien

*Page 86*

**Annexe 5** : Grille COREQ

*Page 87*

**Annexe 6** : Tableau des caractéristiques des participants et des entretiens

*Page 88*

**Annexe 7** : Questionnaire AUDIT

*Page 89*

**Annexe 8** : Questionnaire FACE

*Page 91*

**Annexe 9** : Les différents stades de changement

*Page 92*

# SOMMAIRE

INTRODUCTION .....	1
I- ETAT DES LIEUX DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL EN FRANCE .....	2
1- L'ALCOOL, ENTRE ASPECT CULTUREL ET ECONOMIQUE.....	2
2- LA CONSOMMATION D'ALCOOL EN FRANCE .....	2
2.1- <i>La consommation d'alcool chez les adultes</i> .....	3
2.2- <i>La consommation d'alcool en population adolescente</i> .....	3
II – LES CONSEQUENCES DE L'ALCOOL.....	4
1-LA MORTALITE ET LA MORBIDITE.....	4
2- DES CONSEQUENCES SOCIALES ET PROFESSIONNELLES .....	4
III- LES DIFFERENTS USAGES DE L'ALCOOL.....	5
1- LA 10 <sup>EME</sup> REVISION DE LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIE (CIM-10) .....	5
2- LA 5 <sup>EME</sup> EDITION DU DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS (DSM) .....	5
3- LES DEFINITIONS DE LA SOCIETE FRANÇAISE D'ALCOOLOGIE (SFA) .....	6
4- LES REPERES ACTUELS DE CONSOMMATION EN FRANCE.....	6
IV- LA POLITIQUE SANITAIRE DE L'ETAT .....	7
V- LE ROLE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LES PROBLEMATIQUES LIEES A L'ALCOOL.....	9
VI – L'EMERGENCE DE LA PROBLEMATIQUE.....	10
MATERIEL ET METHODES .....	11
I- LE TYPE D'ETUDE.....	12
II- LA POPULATION CIBLE .....	12
III- LES DEMARCHES REGLEMENTAIRES.....	12
IV- LA CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON .....	12
V- LE RECUEIL DE DONNEES .....	13
VI- L'ANALYSE DES DONNEES.....	13
RESULTATS.....	14
I- LES PARTICIPANTS ET LES ENTRETIENS.....	15
II – L'ESTIMATION PAR LES MEDECINS GENERALISTES DE LA PRESENCE DU TROUBLE DE L'USAGE DE L'ALCOOL AU SEIN DE LEUR PATIENTELE .....	17
III- LES MODALITES DE L'ABORD DE L'ALCOOL .....	17
1- L'ASPECT SYSTEMATIQUE OU NON DE L'ABORD DE L'ALCOOL.....	17
1.1- <i>L'abord non systématique</i> .....	17
1.2- <i>L'abord systématique</i> .....	18
2- LES DIFFERENTES SITUATIONS PENDANT LESQUELLES L'ALCOOL EST ABORDE.....	19
2.1- <i>Le patient aborde lui-même le sujet</i> .....	19
2.2- <i>Les éléments déclencheurs de l'abord de l'alcool par le médecin</i> .....	19
2.2.1- Les données de l'interrogatoire et la connaissance du patient .....	19
2.2.2- Les données de l'examen clinique .....	20
2.2.3- Les examens complémentaires.....	21
2.2.4- Les conséquences d'un mésusage.....	21
2.2.5- Une demande du patient .....	21
2.2.6- Une consultation propice.....	22
2.3- <i>Une tierce personne aborde le sujet pour le patient</i> .....	22
IV- LES ELEMENTS RECUEILLIS PAR LES MEDECINS .....	23
1- L'EVALUATION DES CONSOMMATIONS .....	23
1.1- <i>Une évaluation quantitative des consommations</i> .....	23
1.2- <i>Une évaluation globale des consommations</i> .....	23
1.3- <i>Les habitudes de consommation du patient</i> .....	24
2- LE VECU DU PATIENT PAR RAPPORT A SA CONSOMMATION .....	24

3- LES RAISONS A L'ORIGINE DU MESUSAGE .....	25
<b>V- LE ROLE DU MEDECIN GENERALISTE .....</b>	<b>26</b>
1- LE DEPISTAGE ET LE REPERAGE .....	26
1.1- <i>Le premier recours</i> .....	26
1.2- <i>Le dépistage d'un mésusage</i> .....	26
2- LA PREVENTION ET L'EDUCATION .....	27
2.1- <i>L'information sur les normes OMS</i> .....	27
2.2- <i>L'explication du concept d'unité standard</i> .....	27
2.3- <i>Les risques encourus</i> .....	27
3- L'EVALUATION D'UN EVENTUEL RETENTISSEMENT .....	28
4- L'ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT .....	28
<b>VI- LE RESSENTI DU MEDECIN SUR LA QUALITE DE LA RELATION MEDECIN-PATIENT .....</b>	<b>29</b>
1- UNE RELATION DE QUALITE .....	29
1.1- <i>Des médecins à l'aise pour parler d'alcool</i> .....	29
1.2- <i>L'absence de mauvaise expérience</i> .....	29
1.3- <i>La connaissance du patient depuis longtemps</i> .....	29
1.4- <i>La facilité de communication</i> .....	30
1.5- <i>L'expérience</i> .....	30
1.6- <i>La formation</i> .....	30
2- IL EXISTE PARFOIS UNE CERTAINE AMBIVALENCE .....	30
2.1- <i>Une appréhension pour une catégorie de patients</i> .....	30
2.2- <i>Des méthodes de communication témoins de la gêne du médecin</i> .....	30
3- UN ABORD LIMITE PAR UNE CERTAINE APPREHENSION DE LA REACTION DES PATIENTS .....	31
3.1- <i>Les mauvaises expériences</i> .....	31
3.2- <i>La peur de la réaction du patient</i> .....	31
3.3- <i>La conscience d'une possible rupture d'alliance ne freine pas un médecin</i> .....	32
<b>VII- L'INFLUENCE DU VECU DU MEDECIN SUR L'ABORD DE LA QUESTION .....</b>	<b>33</b>
1- L'EXPERIENCE PERSONNELLE DES MEDECINS AVEC L'ALCOOL .....	33
2- LE RAPPORT PERSONNEL DU MEDECIN A L'ALCOOL INFLUENCE SON INTERROGATOIRE .....	33
2.1- <i>L'absence de mésusage personnel facilite l'abord du sujet</i> .....	34
2.2- <i>La présence d'un mésusage représente une limite à l'abord</i> .....	34
2.3- <i>L'absence de consommation peut constituer un frein</i> .....	34
2.4- <i>La présence d'un mésusage peut sensibiliser le médecin et favoriser le dialogue</i> .....	35
3- L'EXPERIENCE PROFESSIONNELLE .....	35
3.1- <i>Les évènements professionnels difficiles</i> .....	35
3.2- <i>Les rencontres</i> .....	35
<b>VIII- L'ABORD DES CONSOMMATIONS D'ALCOOL A L'ORIGINE DE NOMBREUSES DIFFICULTES POUR LES MEDECINS GENERALISTES .....</b>	<b>36</b>
1- LES FREINS LIES AUX PATIENTS .....	36
1.1- <i>L'ambivalence et la résistance du patient</i> .....	36
1.2- <i>Les fausses croyances du patient</i> .....	36
1.3- <i>Une comorbidité psychiatrique</i> .....	36
2- LES FREINS LIES AU MEDECIN .....	37
2.1- <i>Le temps</i> .....	37
2.2- <i>Les éléments externes</i> .....	37
2.3- <i>Les patients présentant un trouble de l'usage d'alcool perçus par les médecins comme des patients difficiles à prendre en charge</i> .....	37
2.4- <i>La prise en charge d'un mésusage d'alcool : un parcours demandant beaucoup d'énergie et présentant de nombreux revers</i> .....	38
2.4.1- <i>Un investissement important à l'origine de sentiments douloureux</i> .....	38
2.4.2- <i>L'absence de résultats concrets</i> .....	39
2.5- <i>Le manque d'intérêt pour la problématique et le manque d'empathie pour les patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool</i> .....	39
2.6- <i>Un manque de connaissances et de formation</i> .....	39
2.7- <i>L'ambivalence du médecin</i> .....	40
2.8- <i>Les représentations des médecins</i> .....	41
2.8.1- <i>La consommation d'alcool en fonction du sexe</i> .....	41

2.8.2- L'âge, la personne âgée et l'adolescent .....	41
2.8.3- La catégorie socio-professionnelle.....	42
2.8.4- L'aspect intime de la consommation d'alcool .....	42
<b>2.9- Les fausses croyances du médecin .....</b>	<b>42</b>
2.9.1- « L'alcool ça se voit » .....	42
2.9.2- « L'alcool c'est moins grave que le tabac » .....	43
2.9.3- « Il faut consommer beaucoup d'alcool pour en avoir les répercussions ».....	43
2.9.4- « Les femmes ont moins de risque d'avoir un problème d'alcool que les hommes ».....	43
2.9.5- « Les femmes sont au courant que leur mari consomme de l'alcool ».....	43
2.9.6- « Les personnes âgées ne sont pas concernées par les problèmes d'alcool ».....	44
2.9.7- « Il y a des raisons pour consommer » .....	44
<b>3- LES FREINS LIES AU PRODUIT .....</b>	<b>44</b>
3.1- <i>Le poids culturel de l'alcool</i> .....	44
3.2- <i>L'alcool est très diffusé dans certaines zones rurales</i> .....	45
3.3- <i>La connotation péjorative de l'alcool</i> .....	45
<b>4- LES DIFFICULTES ORGANISATIONNELLES EN LIEN AVEC LES STRUCTURES SPECIALISEES EN ADDICTOLOGIE .....</b>	<b>45</b>
4.1- <i>Le manque d'interlocuteur direct</i> .....	45
4.2- <i>La complexité du réseau d'addictologie</i> .....	45
4.3- <i>Le manque de communication</i> .....	46
4.4- <i>Un manque de temps des spécialistes perçu par les médecins généralistes</i> .....	46
<b>IX- LES ASPECTS POSITIFS ET NEGATIFS DE L'APPROCHE DU TROUBLE DE L'USAGE DE L'ALCOOL PAR LES MEDECINS ...47</b>	
<b>1- LES ASPECTS POSITIFS.....</b>	<b>47</b>
1.1- <i>La bonne connaissance du réseau spécialisé avec lequel ils travaillent</i> .....	47
1.2- <i>Les médecins ont intégré certains aspects de la prise en charge addictologique dans leur propre pratique</i> ..	47
1.2.1- L'écoute du patient .....	47
1.2.2- La déculpabilisation.....	47
1.2.3- La confiance .....	47
1.2.4- L'empathie.....	48
1.2.5- L'adaptation du médecin au patient.....	48
1.2.6- Le placement du patient en tant qu'acteur de sa prise en charge.....	48
1.2.7- L'exploration de la problématique et investissement dans la prise en charge .....	49
1.2.8- Le temps nécessaire au changement, élément bien perçu des médecins .....	49
1.3- <i>La vision du trouble de l'usage de l'alcool comme une maladie chronique</i> .....	49
1.4- <i>La disponibilité du médecin</i> .....	49
1.5- <i>Les connaissances des médecins</i> .....	50
1.5.1- Des médecins au fait de l'évolution récente des normes OMS.....	50
1.5.2- La participation à des formations, la lecture de revues sur le sujet .....	50
1.6- <i>L'appétence des médecins</i> .....	50
1.6.1- Des médecins ayant une attirance pour le domaine.....	50
1.6.2- Le goût pour la communication .....	51
1.7- <i>L'abord du sujet également en dehors du cabinet</i> .....	51
<b>2- LES ASPECTS NEGATIFS .....</b>	<b>51</b>
2.1 <i>Un repérage tardif et une évaluation floue de la consommation d'alcool</i> .....	51
2.1.1- La quantification est imprécise basée sur l'impression, le ressenti du médecin .....	51
2.1.2- La méconnaissance des questionnaires existants .....	51
2.1.3- La méconnaissance des normes de consommations recommandées.....	52
2.1.4- La mauvaise évaluation de la consommation d'alcool.....	52
2.2- <i>Le médecin impose son objectif</i> .....	52
2.3- <i>La prescription de benzodiazépines avec l'alcool</i> .....	52
<b>X- LES PERSPECTIVES D'AMELIORATION .....</b>	<b>54</b>
<b>1- TROUVER DU TEMPS.....</b>	<b>54</b>
<b>2- L'AMELIORATION DU DEPISTAGE ET DE LA PREVENTION .....</b>	<b>54</b>
2.1- <i>Au cabinet médical</i> .....	54
2.1.1- Le changement dans la pratique médicale .....	54
2.1.2- La présence de questionnaires et fiche d'information.....	55
2.1.3- Le renforcement de l'information grand public, et en milieu scolaire .....	55
<b>3- LA FORMATION.....</b>	<b>55</b>
<b>4- L'AMELIORATION DE LA COMMUNICATION ET DE LA REPARTITION DES TACHES ENTRE LE MEDECIN GENERALISTE ET LES STRUCTURES SPECIALISEES .....</b>	<b>56</b>
4.1- <i>L'aspect social</i> .....	56
4.2- <i>L'amélioration de la communication avec les structures d'addictologies</i> .....	57
<b>5- L'ADAPTATION DE LA LEGISLATION .....</b>	<b>57</b>

6- LE CHANGEMENT DU REGARD DE LA SOCIETE SUR LA PERSONNE ATTEINTE D'UN TROUBLE DE L'USAGE DE L'ALCOOL .....	57
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>58</b>
<b>I- LES FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE .....</b>	<b>59</b>
1- LES POINTS FORTS DE L'ETUDE .....	59
1.1- <i>L'originalité du thème</i> .....	59
1.2- <i>Une méthode innovante et appropriée</i> .....	59
1.3- <i>Un échantillon diversifié</i> .....	59
1.4- <i>Une analyse triangulée et évaluée</i> .....	60
1.5- <i>Des réponses spontanées</i> .....	60
2- LES LIMITES DE L'ENQUETE.....	60
2.1- <i>Un biais de recrutement</i> .....	60
2.2- <i>Un biais de sélection</i> .....	60
2.3- <i>Un biais d'environnement</i> .....	60
2.4- <i>Un biais de préconception et d'intervention</i> .....	61
<b>II- DISCUSSION DES RESULTATS .....</b>	<b>62</b>
1- PLUSIEURS FAÇONS D'ABORDER LE SUJET.....	62
1.1- <i>L'abord de l'alcool plus opportuniste que systématique</i> .....	62
1.2- <i>Un abord opportuniste</i> .....	62
1.2.1- Le bilan biologique .....	63
1.2.2- La présentation du patient et l'examen physique.....	63
1.2.3- Les symptômes psychiques .....	63
1.2.4- Les conséquences d'un mésusage.....	64
1.2.5- L'association alcool-tabac à l'interrogatoire .....	64
1.2.6- Des consultations propices pour aborder le sujet .....	65
1.2.7- La connaissance du patient : Une particularité du médecin traitant .....	65
1.3- <i>L'abord de l'alcool par le patient</i> .....	65
1.4- <i>La place de l'entourage</i> .....	65
2- LES QUESTIONS POSEES SONT PLUS CENTREES SUR LE VECU DU PATIENT QUE SUR UNE QUANTIFICATION PRECISE .....	66
2.1- <i>Une évaluation généralement floue des consommations</i> .....	66
2.1.1- Par manque de connaissances .....	66
2.1.2- Une quantification jugée peu fiable par le médecin .....	66
2.1.3- L'intérêt limité de la quantification précise.....	66
2.1.4- Le vécu du patient par rapport à sa consommation, les raisons à l'origine du mésusage .....	67
3- UN ROLE AFFIRME DE DETECTION, DE PREVENTION EN INADEQUATION AVEC LA PRATIQUE .....	67
3.1- <i>Un rôle de dépistage et de prévention affirmé par les médecins généralistes</i> .....	67
3.2- <i>...mais en inadéquation avec leur pratique</i> .....	68
3.3- <i>Un rôle d'accompagnement et de soutien</i> .....	68
4- LES DIFFICULTES ET LACUNES DES MEDECINS A L'ORIGINE DE PERSPECTIVES D'AMELIORATION .....	68
4.1- <i>Le manque de temps</i> .....	69
4.2- <i>Le manque de formation</i> .....	69
4.3- <i>La peur de la réaction du patient</i> .....	70
4.4- <i>Un investissement important souvent déçu</i> .....	70
4.5- <i>La résistance et l'ambivalence du patient face au changement</i> .....	71
4.6- <i>Les représentations et les fausses croyances du médecin</i> .....	72
4.6.1- Les difficultés liées au sexe du patient ainsi qu'à sa catégorie socio-professionnelle .....	72
4.6.2- Les difficultés liées à l'âge du patient .....	72
5- LE VECU PERSONNEL ET PROFESSIONNEL DU MEDECIN INFLUENCE SON ABORD DU SUJET. ....	73
5.1- <i>Le vécu personnel</i> .....	73
5.2- <i>Le vécu professionnel</i> .....	73
6- UNE CONNAISSANCE DU RESEAU LOCAL D'ADDICTOLOGIE MAIS UNE COMMUNICATION A PARFAIRE .....	74
7- LE DOUBLE VISAGE DE L'ALCOOL DANS LA SOCIETE, SOURCE D'IMPORTANTES DIFFICULTES .....	74
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>76</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>79</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>83</b>



# **INTRODUCTION**

# **I- Etat des lieux de la consommation d'alcool en France**

## **1- L'alcool, entre aspect culturel et économique**

Avant que les grecs n'introduisent le vin en Gaule au VII<sup>ème</sup> siècle avant notre ère, les gaulois consomment de l'hydromel.

L'invasion romaine est à l'origine du développement des vignes sur le territoire gaulois.

Après la chute de l'Empire romain, le prestige de la viticulture est conservé par l'Eglise. Le vin considéré comme « le sang du Christ » est destiné à la célébration de la messe mais est aussi utilisé par les hommes d'Eglise pour accueillir les personnages importants de passage sur leurs terres. La culture du vin représente également une source importante de revenus. C'est ainsi que les grands vignobles français se développent (1).

Au XIX<sup>ème</sup> siècle, l'amélioration de l'outillage et des techniques de production permet l'augmentation de la production, et par conséquent l'exportation (2).

Aujourd'hui, la France est le premier pays exportateur d'alcool. Les exportations en 2011 représentent 11,4 milliards d'euros (3).

En France, les dépenses des ménages sont évaluées à 16,7 milliards d'euros pour l'année 2011 (4). Même s'il est difficile à évaluer, on estime à 1 million, le nombre de français en 2002 ayant un emploi en rapport avec la filière alcool (5). L'alcool est également à l'origine de recettes fiscales : 3,3 milliards d'euros en 2013 hors taxe sur la valeur ajoutée (TVA).

Son imprégnation dans la culture française et l'économie qu'il génère font donc de l'alcool un pilier du patrimoine français.

## **2- La consommation d'alcool en France**

La consommation d'alcool en France a largement diminué depuis 1960. Le volume d'alcool pur en moyenne par habitant âgé de 15 ans et plus est passé de 26 litres en 1960 à 11,7 litres en 2017 (6). En 2013, la consommation moyenne par habitant était de 26 grammes d'alcool pur par jour contre 57 grammes en 1957 (7). Cette diminution tend en revanche à ralentir au cours des dernières années et la France reste parmi les pays les plus consommateurs au monde. Elle se place en effet au 6<sup>ème</sup> rang des pays les plus consommateurs chez les 15 ans et plus selon un classement effectué parmi les 34 pays de l'Organisation de Coopération et Développement Economique (7).

## **2.1- La consommation d'alcool chez les adultes**

D'après le Baromètre de Santé publique France 2017, 86,5% des personnes âgées de 18 à 75 ans déclarent avoir consommé de l'alcool au cours des douze derniers mois, 40% ont une consommation au moins une fois par semaine et 10% consomment quotidiennement (6). Ces chiffres reflètent donc une pratique courante en France. Cependant, on note que la consommation quotidienne a nettement reculé, passant de 1 adulte sur 4 en 1990 à 1 sur 10 en 2010, elle se stabilise depuis (6,8).

La diminution de la consommation quotidienne laisse place à une forme de consommation moins régulière mais plus intensive : l'alcoolisation ponctuelle importante (API). Il s'agit de la consommation d'au moins cinq verres en une seule occasion. Bien que cette pratique observe une légère diminution depuis 2014, elle est nettement présente dans la population française puisque 35,2% des français âgés de 18 à 75 ans déclarent au moins une API dans l'année en 2017. Nous constatons également que la proportion des français déclarant une ivresse annuelle a augmenté depuis 2005, elle était de 14% en 2005 contre 20,7% en 2017 (8).

## **2.2- La consommation d'alcool en population adolescente**

Une enquête nationale auprès de 20 000 collégiens et lycéens a été réalisée en lien avec l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) en 2018 (9).

Cette étude montre que l'alcool est la substance psychoactive principalement expérimentée lors des années collège. En classe de 3<sup>ème</sup>, 75,3% des élèves ont consommé au moins une fois de l'alcool et seuls 9,3% des collégiens ont connu l'ivresse. En revanche, on observe une intensification majeure des ivresses expérimentées au cours des années de lycée : 49,5% des lycéens déclarent avoir déjà connu un épisode d'ivresse.

L'alcoolisation ponctuelle importante fait donc partie des modes de consommations des lycéens puisque plus de la moitié des élèves de terminale ont déclaré un épisode d'API au cours du mois précédent l'enquête. 16,8% des interrogés déclarent la survenue d'API répétées soit au moins trois épisodes dans le mois.

Un article de la revue du praticien paru en octobre 2019 (8) met en évidence que « *les niveaux [de consommation d'alcool] atteints sont les plus bas jamais enregistrés quel que soit l'indicateur retenu* ». Par exemple, les adolescents n'ayant jamais consommé d'alcool en 2017 représentent 14% de la population, ils étaient trois fois moins nombreux dans les années 1970.

La baisse de ces indicateurs est en partie due aux actions de prévention et de sensibilisation mais également liée aux changements culturels. En revanche, l'alcoolisation ponctuelle importante persiste et une part non négligeable de lycéens est en prise à des usages réguliers.

## **II – Les conséquences de l’alcool**

### **1-La mortalité et la morbidité**

Comme nous l’avons vu précédemment, la consommation d’alcool a diminué depuis quelques décennies. Néanmoins, elle est toujours à l’origine de lourdes conséquences sanitaires.

En effet, en 2015, on estime à 41000 le nombre de décès attribuables à l’alcool avec 30000 décès chez l’homme et 11000 décès chez la femme (7).

Selon l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l’alcool est impliqué dans plus de 60 pathologies voire 200 si l’ensemble des dommages (incluant les blessures) est pris en compte (10). De plus, dans une étude de 2015, il est indiqué que l’alcool représente la première cause d’hospitalisation (11).

Concernant la quantité d’alcool consommée, 90% des décès attribuables à l’alcool sont liés à des consommations au-delà 50 grammes d’alcool pur par jour (7). Cependant, Christophe Bonaldi et Catherine Hill mettent en évidence dans un article publié en 2018 (7) qu’une consommation entre 7 à 18 grammes d’alcool pur par jour a également des effets nocifs sur la santé.

C’est notamment le cas du cancer du sein comme l’indique un rapport d’experts émis par le World Cancer Research Fund (WCRF) et l’American Institute for Cancer Research (AICR) (12) : « *Le risque augmente dès une consommation de moins de un verre par jour* ». Le sein représente la localisation la plus fréquente des cancers attribuables à l’alcool avec 8081 nouveaux cas attribuables à l’alcool en 2015 (13). Cependant, la consommation d’alcool augmente également le risque de développer des cancers localisés au niveau : de la cavité buccale, du pharynx, du larynx, de l’œsophage, du foie, du colon-rectum et de l’estomac (13). En 1988, le centre international de recherche sur le cancer a classé l’alcool comme élément cancérigène pour l’être humain (14), il représente ainsi, le second facteur de risque évitable après le tabac.

Par ailleurs, l’usage d’alcool pendant la grossesse peut être responsable d’une neurotoxicité pouvant entraîner un syndrome d’alcoolisation fœtal. En France, ce dernier concerne 1% des naissances soit 8000 nouveau-nés par an (15).

### **2- Des conséquences sociales et professionnelles**

L’intoxication alcoolique aiguë ou chronique peut avoir des conséquences dans la vie personnelle du sujet (conflits conjugaux, difficultés à remplir ses obligations...) mais également sur le plan professionnel (absentéisme, accident de travail...), et causer des dommages sur la voie publique (accident corporel, ivresse manifeste...).

L’alcool entraîne également un lourd tribut pour les citoyens qui est appelé par Pierre Kopp le coût social (16). Le coût social de l’alcool se définit par la réunion du coût externe (valeur des vies

humaines perdues, la perte de la qualité de vie, les pertes de production) et du coût pour les finances publiques (les dépenses de prévention, la répression, les soins, l'économie des retraites non reversées et les recettes des taxes prélevées sur l'alcool). En 2010, le coût social de l'alcool est estimé à 118 milliards d'euros (16).

### **III- Les différents usages de l'alcool**

De nombreuses classifications existent pour définir les différents modes de consommations d'alcool. Elles se basent sur un ensemble de critères qui sont : cliniques, sociologiques ou psychiatriques.

#### **1- La 10<sup>ème</sup> révision de la classification internationale des maladie (CIM-10)**

La CIM-10 est très utilisée en clinique, elle sert en effet au codage des maladies.

*Cf Annexe 1 : Alcool – Critères CIM 10 d'utilisation nocive pour la santé et de dépendance (17)*

#### **2- La 5<sup>ème</sup> édition du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)**

Le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) publié par l'association américaine de psychiatrie s'appuie sur les conséquences d'une consommation. Il est beaucoup utilisé dans le domaine de la recherche.

Le DSM-5 a été proposé en 2013 et la version française a été publiée en 2015. Il s'articule sur 11 critères qui permettent de diagnostiquer le : « alcohol use disorder » que l'on peut traduire en français par le « trouble de l'usage de l'alcool ». Il présente trois niveaux de sévérité : léger, modéré et sévère.

Le DSM-5 fait suite au DSM-4-TR qui déclinait trois catégories : l'usage, l'abus, la dépendance.

*Cf Annexe 2 : Comparaison des critères du DSM-IV-TR et du DSM 5 (18)*

Un article paru en octobre 2019 donne une définition du trouble de l'usage de l'alcool (18) : « *Le trouble de l'usage de l'alcool correspond à la relation pathologique que le sujet développe avec le produit, sans préjuger de la dose quotidienne consommée : perte de contrôle, besoin de consommer, consommations compulsives (lutte contre une consommation vécue comme une contrainte mais anticipée comme apaisante, et suivie d'une culpabilité) qui se répètent malgré des conséquences négatives significatives* ».

Le DSM-5 représente une évolution clinique puisqu'on ne retrouve plus le cloisonnement présent dans les versions antérieures mais un continuum progressif. Les termes choisis lui permettent également d'être moins stigmatisant.

Cette nouvelle version du DSM introduit également la notion de craving qui se définit par l'envie irrépressible de consommer une substance.

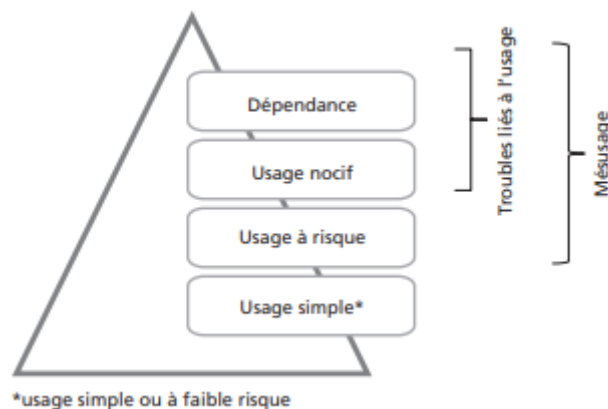
### **3- Les définitions de la Société Française d'Alcoologie (SFA)**

La SFA définit les modes de consommation en plusieurs catégories (19) :

- Le non- usage qui est l'absence de consommation.
- L'usage simple ou à faible risque correspondant à une consommation asymptotique et inférieure aux seuils recommandés en France.
- Le mésusage comprenant l'usage à risque et les troubles liés à l'usage de l'alcool :

L'usage à risque est asymptotique mais peut provoquer des dommages à plus ou moins long terme.

Les troubles liés à l'usage de l'alcool comprennent l'usage nocif et l'usage avec dépendance. Ils se définissent quant à eux par l'existence de symptômes et non par un niveau de consommation spécifique. On retrouve ces notions dans les autres classifications telles que la CIM-10 et DSM-5. Le sujet continue de consommer malgré des conséquences significatives.



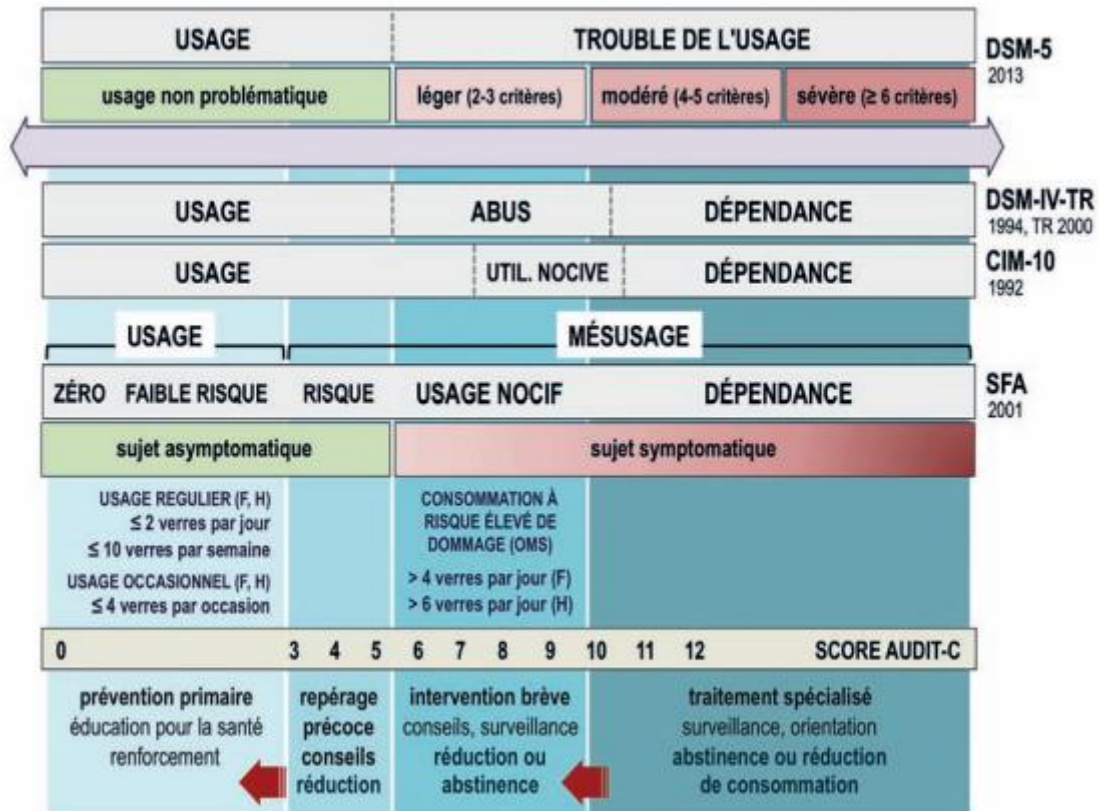
**Figure 1 : Usage, mésusage, troubles liés à l'usage : un continuum (19)**

### **4- Les repères actuels de consommation en France**

Certaines pathologies, notamment les cancers peuvent survenir même pour de faibles doses d'alcool quotidiennes, telles que un verre standard par jour (12).

Cette donnée n'était pas prise en compte dans les anciens seuils qui étaient définis par 21 verres par semaine chez l'homme et 14 verres par semaine chez la femme. Dorénavant, nous savons qu'il n'existe plus de consommation sans risque (20). En outre, Les femmes ont longtemps été considérées comme étant exposées à plus de risques que les hommes, mais des études ont permis d'infirmier cette notion (18). Ainsi, les recommandations ne diffèrent plus entre les hommes et les femmes sauf dans le cas de la grossesse.

En France, chez un adulte en bonne santé, en dehors de la grossesse et de situations particulières, il est donc recommandé pour limiter les risques de ne pas consommer plus de 10 verres standards par semaine et pas plus de 2 verres standards par jour. Il est également préconisé d'observer au moins deux jours sans consommation chaque semaine (20).



**Figure 2 :** Comparaison des différentes classifications et stratégies thérapeutiques en fonction de la sévérité des troubles (18)

#### **IV- La politique sanitaire de l'Etat**

Nous avons souligné que l'alcool est à l'origine de nombreux dommages. Il est cependant très ancré dans notre culture et représente des enjeux économiques importants. Ce contexte rend donc difficile la mise en place et le maintien d'une politique de santé publique. En effet, les autorités sanitaires se heurtent aux acteurs du secteur des boissons alcoolisées qui prônent des enjeux économiques.

La Cour des comptes a procédé dans ce contexte à une évaluation des politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool qu'elle a rendue publique dans un rapport publié en juin 2016 (21) . A l'issue de son évaluation, elle a formulé onze recommandations qui s'adressent à plusieurs ministères ainsi qu'à La Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (MILDECA) et l'agence nationale de santé publique.

A la suite de ce rapport, la MILDECA et la Direction Générale de la Santé (DGS) ont saisi santé publique France et l'Institut National du Cancer (INCa) afin de faire des propositions pour le renouvellement du discours public sur l'alcool.

Un avis d'expert a donc été rendu en mai 2017, ce rapport a établi des recommandations et demande à ce que soient délivrés au grand public les informations et conseils suivants (20) :

*« Les risques liés à la consommation d'alcool pour la santé au cours de la vie augmentent avec la quantité consommée.*

*-A long terme, la consommation d'alcool est une cause de morbidité et de mortalité pour certaines maladies chroniques comme la cirrhose, certains cancers comme ceux des voies aérodigestives, du foie et du sein et certaines maladies cardiovasculaires, comme l'hypertension artérielle (HTA) et l'accident vasculaire cérébral (AVC) ;*

*-A court terme, la consommation d'alcool est responsable de traumatismes intentionnels et non intentionnels, notamment des accidents pouvant causer des blessures (et la mort dans certains cas), la mauvaise évaluation des situations à risque et la perte du contrôle de soi. C'est en particulier vrai en cas de consommation ponctuelle importante.*

*Si vous consommez de l'alcool, il est recommandé pour limiter les risques pour votre santé au cours de votre vie :*

**- De ne pas consommer plus de 10 verres standards par semaine et pas plus de 2 verres standards par jour ;**  
**- D'avoir des jours dans la semaine sans consommation.**

*Et pour chaque occasion de consommation, il est recommandé :*

- De réduire la quantité totale d'alcool que vous buvez ;*
- De boire lentement, en mangeant et en alternant avec de l'eau ;*
- D'éviter les lieux et les activités à risque ;*
- De s'assurer que vous avez des gens que vous connaissez près de vous et que vous pouvez rentrer chez vous en toute sécurité.*

*Pour les femmes qui envisagent une grossesse, qui sont enceintes ou qui allaitent : pour limiter les risques pour votre santé et celle de votre enfant, l'option la plus sûre est de ne pas consommer d'alcool.*

*Pour les jeunes et les adolescents : pour limiter les risques pour votre santé, l'option la plus sûre est de ne pas consommer d'alcool.*



*D'une façon générale, l'option la plus sûre est de ne pas consommer d'alcool en cas :*

- *De conduite automobile ;*
- *De manipulation d'outils ou de machines (bricolage, etc.) ;*
- *De pratique de sports à risque ;*
- *De consommation de certains médicaments ;*
- *De l'existence de certaines pathologies.*

*Il faut noter qu'on autorise une alcoolémie à 0,5g/l ou à 0,2 g/l pour les détenteurs d'un permis de moins de deux ans, alors qu'il existe un sur-risque entre 0 et 0,5g/l. »*

Par ces actions le gouvernement montre une volonté d'évolution dans la politique sanitaire concernant la problématique alcool.

L'Etat veut transmettre un discours fiable et clair en informant sur le fait que la consommation d'alcool même à faible dose n'est pas sans risque.

C'est ce qui apparaît également lors d'un débat télévisé en Février 2018 (22). La ministre chargée de la santé à cette date, Agnès BUZYN, a tenu un discours sans ambiguïté. Elle soulignait notamment l'obsolescence du message présent sur les affichages publicitaires depuis la loi Evin du 10 Janvier 1991 (23) : « l'abus d'alcool est dangereux pour la santé » auquel les professionnels de la filière des boissons alcoolisées ont ajouté pour en minimiser l'impact : « à consommer avec modération ».

Madame Agnès BUZYN affirmait également « *le vrai message de santé publique est : l'alcool est mauvais pour la santé* ». Elle a par la suite énoncé que l'enjeu est de donner « *une information claire et que chacun fasse ses choix pour sa santé.* »

## **V- Le rôle du médecin généraliste dans les problématiques liées à l'alcool**

Comme nous l'avons vu précédemment, la prévalence de la problématique d'alcool et ses conséquences devraient faire de l'abord des consommations d'alcool une priorité.

Le médecin généraliste constitue alors l'interlocuteur de choix pour ce domaine. En effet, il possède des connaissances médicales sur le sujet auxquelles s'ajoutent des capacités d'écoute et d'empathie. Sa proximité est également une force.

Plusieurs acteurs de santé comme par exemple Santé publique France, la Haute Autorité de Santé (HAS) donnent également ce rôle au médecin généraliste. La SFA mentionne cet aspect dans ses recommandations en 2015 : « *le repérage d'un mésusage d'alcool est efficace et pertinent en médecine générale* » (19).

Un essai randomisé relayé dans les pages de la revue « Exercer » a mis en évidence l'intérêt de la prise en charge des problèmes d'alcool en médecine générale puisqu'il a été observé une diminution

des API plus importante chez les patients pris en charge par les médecins généraliste que chez les patients suivi en soins spécialisés (24).

Du côté des patients, on estime que le médecin généraliste est légitime pour les interroger sur leur consommation d'alcool (25).

Malgré ces constats, dans les faits, peu de patients ont abordé le sujet avec leur médecin.

Une étude réalisée dans le cadre du programme « Boire moins c'est mieux » (26) nous le montre puisqu'elle indique que 88% des participants jugent que le médecin généraliste est légitime pour aborder l'alcool en consultation mais seulement 12% relatent avoir eu une discussion avec leur médecin sur ce sujet.

## **VI – L'émergence de la problématique**

Trois stages au cours de mon internat de médecine générale ont eu rapport avec l'addictologie. En effet, le premier a eu lieu dans un service médecine polyvalente avec une activité d'addictologie. Ensuite, en stage ambulatoire, un des praticiens réalisait des consultations d'addictologie au sein de l'hôpital de proximité, puis j'ai effectué un stage au sein du service d'addictologie du CHU de Caen. Lors de ce dernier, je me suis rendu compte en consultation que de nombreux patients avaient pris rendez-vous de leur propre initiative sans que leur médecin traitant ne soit au courant. Certains d'entre eux m'apprenaient alors que leur médecin généraliste méconnaissait leur problème d'alcool. La principale justification des patients était l'absence d'interrogation de la part du médecin sur ce sujet. Ce constat s'est confirmé quand j'interrogeais les patients sur leur consommation d'alcool pendant mon Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS). Beaucoup d'entre eux ont indiqué ne jamais avoir été interrogés sur leur consommation d'alcool par leur médecin traitant.

Fort de ce constat et sensibilisée à la problématique alcool au cours de mon internat, j'ai souhaité réaliser une étude afin de comprendre comment les médecins généralistes abordaient l'alcool avec leurs patients. Il m'est paru aussi important de s'intéresser au vécu qu'ils en avaient.

# **MATERIEL ET**

# **METHODES**

## **I- Le type d'étude**

Nous avons réalisé une étude qualitative par le biais d'entretiens semi-dirigés effectués entre mars et décembre 2019. Cette méthode nous a semblé la plus adaptée puisqu'elle permet de recueillir des données subjectives comme le ressenti, le vécu et les représentations. Par ailleurs, elle permet l'émergence de nouvelles idées contrairement à la méthode quantitative qui est plus restrictive pour cet aspect. Afin de maîtriser l'enquête qualitative nous nous sommes aidées d'un manuel dédié à ce type d'étude (27).

## **II- La population cible**

La population cible pour cette enquête était les médecins généralistes ayant un exercice libéral installés ou effectuant des remplacements, dans le département de la Manche.

## **III- Les démarches réglementaires**

Une demande d'informations des démarches réglementaires au guide d'orientation et de recherche de l'université de Caen Normandie a été effectuée en février 2019 via un questionnaire en ligne. Une réponse a été donnée en mars 2019 et a défini que notre étude relevait d'un traitement générique de composante à des fins pédagogiques. Nous avons reçu par courrier électronique les spécificités de ce traitement accompagnées d'un modèle de lettre d'information et d'une demande d'engagement de conformité. Nous l'avons conjointement signé avec ma directrice de thèse et l'avons renvoyé à la personne déléguée à la protection des données de l'université de Caen Normandie avant de débiter les entretiens.

## **IV- La constitution de l'échantillon**

Même si la représentativité n'est pas recherchée dans le cadre d'une étude qualitative, nous sommes restées attentives à certaines caractéristiques dans le but d'obtenir un échantillon diversifié. Par conséquent, nous avons pris en compte certains éléments dans le choix des médecins interrogés à savoir : le sexe, la tranche d'âge, le lieu d'exercice, la durée d'installation ou de remplacement.

La constitution de l'échantillon s'est faite dans un premier temps au hasard à l'aide des pages jaunes de l'annuaire téléphonique de la Manche puis dans un second temps par le bouche à oreille.

Le premier contact avec les participants s'est effectué par téléphone ou par rencontre sur le lieu de travail. Une explication sur le travail de thèse, sans en dévoiler la question de recherche, et sur les modalités de l'entretien leur était donnée. A l'issue de ce premier contact, une fiche d'information était envoyée par courrier électronique avec une demande de consentement écrit.

*Cf Annexe 3 : Lettre d'information envoyée par mail ou remise en main propre aux participants*

Le choix du lieu et de la date était défini par le médecin interrogé ; la chercheuse indiquait simplement la nécessité d'avoir un endroit calme et estimait autour de quarante minutes le temps nécessaire à la réalisation de l'entretien. Lors de la rencontre, le médecin attestait avoir bien été informé et donnait son consentement oral et écrit.

Les médecins ont été inclus dans l'étude jusqu'à l'obtention de la saturation des données.

## **V- Le recueil de données**

Le recueil de données a été permis par la réalisation d'entretiens individuels de type semi-directif après avoir effectué deux entretiens exploratoires. Le premier par un médecin généraliste effectuant des remplacements, connue de la chercheuse, le second avec un médecin généraliste ayant une activité hospitalière à temps partiel de médecin addictologue.

Un guide d'entretien créé consécutivement à une recherche bibliographique sur le sujet a été rédigé de manière à aborder les thèmes requis pour notre enquête. Il a servi également de support pour la relance de la discussion. Ce guide d'entretien a évolué lors de l'enquête.

*Cf annexe 4 : version finale du guide d'entretien*

Les entretiens ont été menés par la chercheuse entre mars et décembre 2019. Tous les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'une application dictaphone sur un smartphone, puis ils étaient retranscrits en intégralité sur fichier Word © puis anonymisés. De ce fait, pour préserver l'anonymat des personnes interviewées les lieux et noms ont été retirés. La durée moyenne de retranscription était d'environ 2 heures 30 minutes pour 30 minutes d'entretien.

## **VI- L'analyse des données**

Une analyse de contenu par analyse thématique des verbatims a été réalisée. Cette méthode implique l'émission d'hypothèses contrairement à un résumé de texte qui reste neutre.

La première étape de l'analyse a été la lecture après retranscription des entretiens un à un pour une bonne imprégnation du texte. Puis lors de la seconde lecture, différents thèmes ont été identifiés, certains déjà présents dans le guide d'entretien initial et d'autres ayant émergé. A la suite de l'identification des thèmes, une catégorisation en rubriques a été effectuée permettant in fine, la réalisation d'une grille d'analyse.

Une triangulation des données a été effectuée via l'analyse conjointe mais indépendante de la directrice de thèse afin de croiser l'analyse de la chercheuse et d'enrichir cette dernière.

Enfin la grille CONSolidated criteria for REporting Qualitative research (COREQ) (28)

(*Cf annexe 5*) nous a permis d'évaluer ce travail.

# **RESULTATS**

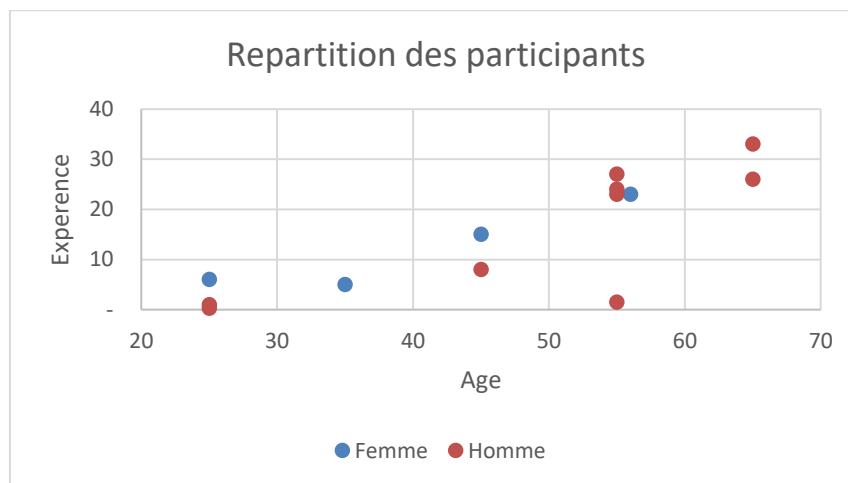
## I- Les participants et les entretiens

13 médecins généralistes remplaçants ou installés ayant une activité libérale ont été recrutés entre mars et décembre 2019.

Parmi les médecins recrutés, on compte 4 femmes et 9 hommes.

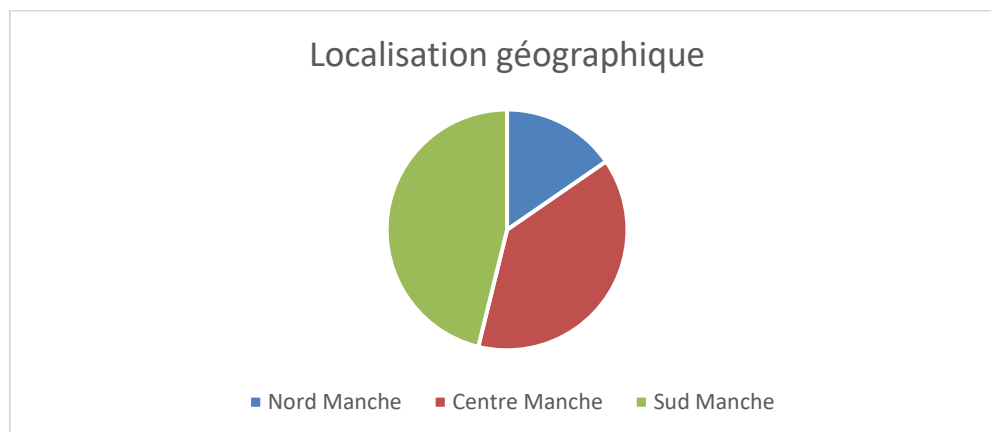
Concernant l'âge, 3 médecins sont âgés de moins de 30 ans. 1 médecin a un âge compris entre 30 et 40 ans, 2 entre 40 et 50 ans. 5 médecins interrogés ont entre 50 et 60 ans et 2 sont âgés de plus de 60 ans.

4 médecins avaient une expérience en médecine libérale inférieure ou égale à 5 ans. 2 avaient entre 6 et 15 ans d'expérience, 3 entre 16 et 25 ans d'expérience et 3 participants comptaient au moins 26 ans d'expérience en médecine générale libérale. Un participant a commencé les remplacements 3 mois avant le début des entretiens.



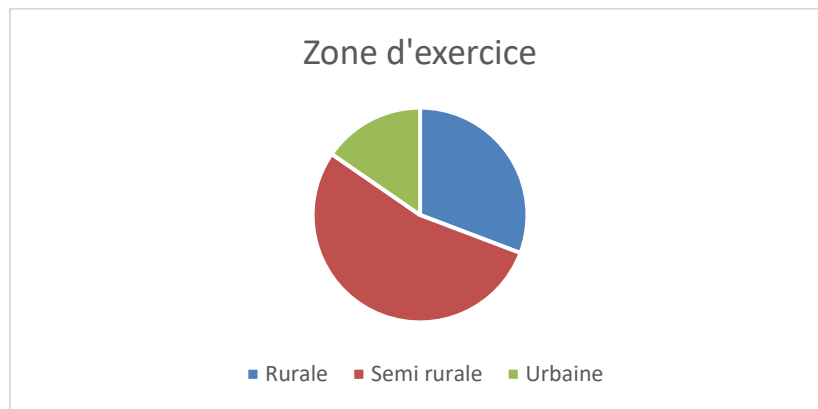
**Figure 3 :** Répartition des participants en fonction du sexe, de l'âge et de l'expérience

Concernant le lieu d'exercice, 5 médecins sont situés dans le centre manche, 6 dans le sud Manche et 2 dans le Nord de la Manche.



**Figure 4 :** Répartition des participants en fonction de la localisation géographique

La majeure partie des participants, à savoir 7/13 exercent en territoire semi rural, 4 en secteur rural et 2 en zone urbaine.



**Figure 5 : Répartition des participants en fonction de la zone d'exercice**

Les entretiens avaient une médiane de 22 minutes et 54 secondes, une moyenne de 23 minutes et 38 secondes, pour une durée totale d'enregistrement de 5 heures 4 minutes et 17 secondes.

L'entretien le plus court a duré : 11 minutes et 35 secondes et l'entretien le plus long a duré 33 minutes et 54 secondes.

Un tableau récapitulatif des caractéristiques se trouve en *Annexe 6 : Tableau récapitulatif des caractéristiques des participants et des entretiens.*



## **II – L'estimation par les médecins généralistes de la présence du trouble de l'usage de l'alcool au sein de leur patientèle**

Pour deux médecins la présence du trouble de l'usage de l'alcool au sein de leur patientèle est très faible ou équivalente à moins de 5%.

*M2 « 3% je pense. »*

Six médecins jugent le trouble de l'usage de l'alcool peu présent (ou entre 5 et 10%).

*M3 « Entre 5 et 10%. »*

*M12 « Non pas très présent, non pas très présent, non pas très présent, oui, oui. »*

Cinq médecins quant à eux estiment que le trouble de l'usage de l'alcool est assez présent (ou supérieure à 10%) dans leur patientèle.

*M4 « Oui chez nous c'est assez présent quand même... »*

*M7 « C'est quand même assez fréquent... Ouais. »*

## **III- Les modalités de l'abord de l'alcool**

### **1- L'aspect systématique ou non de l'abord de l'alcool**

#### **1.1- L'abord non systématique**

La grande majorité des médecins interrogés (11/13) n'interrogent pas systématiquement leurs patients sur leur consommation d'alcool.

*M2 « effectivement je pense que je n'y pense pas forcément systématique quoi, »*

*M8 « Autant je fais allergie ninninin mais pas forcément alcool. »*

*M11 « Systématiquement, ça serait pas honnête de dire que je le fais systématiquement, je le fais pas tout le temps, y'a probablement des portes. »*

*M13 « Ben, je fais pas un interrogatoire systématique »*

En effet, l'interrogation du patient sur sa consommation d'alcool est très souvent consécutive à un doute ou une impression ressentie par le médecin.

*M1 « c'est plus sur euh un ressenti, l'impression qu'il peut y avoir une consommation sous-jacente »*

M2 « Je vais pas faire de la prévention enfin je vais pas en parler en dépistage un peu de masse comme tu peux le faire sur des dépistages comme du cancer colo rectal ou je sais pas quoi, je vais le faire un peu orienté je pense. [...] Oui autant je suis prévention, j'adore parler de la prévention, mais l'alcool c'est vrai que c'est un truc que je fais que quand j'ai un doute quoi. »

Un médecin évoque par ailleurs une limite de l'abord systématique qui pourrait être le manque de fiabilité du discours, par manque d'instauration d'une relation de confiance.

M9 « L'abord systématique peut-être, euh, mais en même temps j'ai un peu peur que le patient à qui on dit : « Est-ce que vous fumez, est-ce que vous buvez ? » comme ça tout rapidement à poser dix ou quinze questions comme ça très rapidement j'ai peur qu'il nous dise : « non, non, non, non, non ». »  
« Comme mon patient dont je parlais en premier, mon patient ne me l'aurait pas du tout abordé au départ. »

On relève tout de même une ambivalence puisque ce même médecin énonce également dans l'entretien qu'il devrait aborder de manière systématique ce sujet.

M9 « il faudrait le faire systématiquement, ça j'en suis conscient, il faudrait le faire systématiquement [...] Si je dois dire comme ça je dirais peut-être une fois sur trois, un patient sur trois à peu près je vais l'aborder systématiquement en même temps que je crée le dossier d'autres fois en fait la consultation se passe comme ça : le patient parle et puis on parle on répond et puis on parle pas de tout, on parle pas de certains sujets, on parle d'autres euh, on n'est pas des robots avec un protocole systématique même si je sais on devrait au moins pour certaines choses comme ça oui. »

## 1.2- L'abord systématique

Une minorité des médecins interviewés (2/13) affirme interroger systématiquement leurs patients lors de la création du dossier afin de connaître leur statut par rapport à l'alcool.

M5 « Alors je parle toujours d'alcool. Dès que je vois un patient, enfin un nouveau patient je demande toujours la consommation d'alcool [...] Ça rentre dans mon dossier : « est-ce que vous fumez, est-ce que vous buvez de l'alcool ? ». Oui. » [...] c'est dans l'interrogatoire, toutes les conduites à risque c'est le même euh la même question que : « Qu'est-ce que vous prenez comme médicaments, qu'est-ce que vous avez comme antécédents et cetera ? » »

**L'abord de l'alcool n'est pas systématique pour la majorité des médecins interrogés.**

## **2- Les différentes situations pendant lesquelles l'alcool est abordé**

Puisque l'abord de l'alcool n'est pas systématique chez la plupart des médecins interrogés, il existe donc des éléments qui déclenchent le dialogue autour de ce produit. L'ensemble des médecins a exposé un grand nombre de situations différentes au cours desquelles la consommation d'alcool des patients est abordée. Un des cas de figure est le cas du patient qui aborde le sujet spontanément. Dans d'autres cas, c'est le médecin qui en parle en premier, souvent au moyen de portes d'entrées.

De manière fréquente, un proche du patient alerte le professionnel en premier lieu de la présence d'un trouble.

### **2.1- Le patient aborde lui-même le sujet**

Plus de la moitié des médecins (7/13) a déclaré que le sujet pouvait être abordé par les patients eux-mêmes.

*M7 « c'est elle qui a abordé le sujet, je lui ai pas posé la question et elle m'en a parlé tiens la semaine dernière. Je l'ai vue en consult, et c'est elle qui a abordé le sujet spontanément. »*

### **2.2- Les éléments déclencheurs de l'abord de l'alcool par le médecin**

Le médecin aborde aussi le sujet mais dans la majorité des cas il profite d'une opportunité.

#### **2.2.1- Les données de l'interrogatoire et la connaissance du patient**

Certains éléments de l'interrogatoire comme les antécédents du patient vont permettre au médecin d'aborder le sujet.

*M1 « L'autre point c'est tout ce qui est pathologie cardio vasculaire si y'a des antécédents vasculaires, j'entends AVC, Infarctus, AOMI, bah c'est les pathologies qu'on sait cardiaques avec tous les facteurs de risque cardiovasculaires, on sait qu'ils sont tous un peu intriqués, ça peut être une porte d'accès aussi »*

La connaissance du patient depuis plusieurs années pour certains médecins, ou encore la connaissance de son mode de vie amènent le médecin à poser des questions.

*M12 « mais c'est vrai que nous en tant qu'installé depuis plus de vingt ans, on les connaît un petit peu [...] sur ce qu'ils faisaient, sur leur vie de, sur leurs loisirs, quand ils sont à la retraite »*

*M12 « nous on a une patientèle estivale comme je dis, qu'on voit régulièrement du reste. [...] Et on sait très bien qu'il y a des situations euh de gens qui sont dans des métiers ou y'a beaucoup de réceptions... »*

Un élément qui ressort dans beaucoup d'entretiens est l'association à alcool-tabac. Ainsi, les médecins utilisent la question de consommation de tabac pour poursuivre avec la question de consommation d'alcool.

*M1 « c'est souvent associé à une consommation de tabac donc c'est un tout, donc quand ils ont une consommation de tabac je demande aussi la consommation d'alcool ça ouvre un peu des portes »*

En revanche, un médecin se rend compte lors de l'entretien qu'il pose effectivement régulièrement la question de la consommation de tabac à ses patients contrairement à la consommation d'alcool.

*M8 « Mais pas systématique, non c'est vrai que je... Autant je pose la question du tabac... [...] Bizarrement, effectivement je me rends compte par moment que pas l'alcool, ouais. »*

La consommation d'une autre substance psychoactive peut aussi amener le médecin à interroger le patient sur sa consommation d'alcool.

*M2 « il commençait déjà à devenir accro à la codéine souvent hein les multi addictions, »*

### **2.2.2- Les données de l'examen clinique**

Une partie des médecins retiennent que la présentation, l'aspect physique ou le comportement du patient est un élément qui va les amener à l'interroger.

*M1 « c'est à l'examen fin comment on les voit, l'aspect aussi, fin le faciès aussi un peu rougeot, »*

*M2 « euh puis physiquement quoi, je trouve que quand même quand ils picolent quoi ça se voit. »*

*M12 « Par contre on a des gens on voit que, moi je crois que l'alcool-tabagique on le décrit, on le reconnaît, attention, en posant les questions. »*

D'autres, abordent le sujet suite au repérage d'anomalie à l'examen physique.

*M12 « l'examen clinique forcément, y'a des gens qui tremblent un petit peu, y'a des gens qui on a une hépatomégalie »*

Une symptomatologie d'origine psychique peut être également à l'origine d'interrogations de la part du médecin.

*M13 « la tristesse, le sommeil qui est bon alors qui sont hyper anxieux et cetera. Souvent, euh je leur dis : « Le soir vous faites comment pour dormir ? » « Oh, ça va je dors bien, mais... » « Mais, euh vous prenez combien de verres ? » « Bah, allez deux, trois, je dois bien reconnaître qu'il faut que je fasse attention. » »*

### 2.2.3- Les examens complémentaires

La grande majorité des médecins (10/13) utilise le bilan biologique comme outil permettant d'aborder le sujet. La perturbation du bilan hépatique avec en premier lieu l'augmentation des Gamma-Glutamyl transférase (Gamma-GT), puis l'augmentation du volume globulaire moyen (VGM) et des triglycérides sont les principales anomalies qui amènent les médecins à aborder le sujet.

M3 « Bah oui sur des résultats de biologie par exemple, si on a fait un bilan hépatique par exemple et qu'il est perturbé, on peut toujours demander oui. »

M8 « Donc souvent c'est une façon d'aborder les choses, donc y'a un peu de triglycérides, un peu le VGM, un peu de Gamma- GT. »

M12 « Bilan sang ! [...] « c'est souvent sur la biologie hein quand même que ça se passe »

### 2.2.4- Les conséquences d'un mésusage

Certains médecins, quant à eux, initient la discussion lorsque le patient est face à des répercussions importantes qui peuvent être somatiques, professionnelles judiciaires ou conjugales.

M3 « Par une occasion ou une autre ça peut être une hospitalisation, ça peut être une chute, une rixe »

M6 « toutes les complications liées à l'alcool quoi : la famille, le travail, voilà ; j'en ai une autre encore, tiens j'y pensais pas, euh bah c'est le retrait de permis... »

M8 « Si tu veux moi je, je m'alerte chez quelqu'un pour qui l'alcool va entraîner des troubles somatiques une désocialisation, euh des difficultés liées à l'emploi, euh voilà. Par contre quelqu'un qui est euh qu'à un boulot qui gère ses enfants qu'a pas de violence qui n'a pas de stigmatisme physique, de conséquences physiques de son éthyisme même s'il est considéré comme tu le dis comme à risque, je vais avoir beaucoup de mal à la motiver »

### 2.2.5- Une demande du patient

Parfois la demande du patient peut être l'occasion d'aborder le sujet.

M7 « si après si y'en a qui me demandent : « Je veux faire un régime » je vais leur demander s'ils consomment de l'alcool, je vais leur montrer que c'est calorique tout ça. Je vais sauter là-dessus. »

### 2.2.6- Une consultation propice

Pour plusieurs médecins, certaines consultations sont plus favorables pour aborder l'alcool. Notamment les consultations où le patient n'a pas de plainte comme motif. La réévaluation d'ordonnance, le certificat de non-contre-indication à la pratique d'une activité sportive sont des motifs de consultations qui sont plus adéquates pour faire de la prévention et donc pour aborder l'alcool.

M10 « quand on est dans une consultation plus générale, [...] ou à l'occasion d'un renouvellement [...] y'a un moment où je dis : « tiens au fait, l'alcool ? » « Non, non. » « Ça vous arrive d'en prendre ? » « Oui ! » « Dans quel cadre ? » « Est- ce que vous gérez ? ».

M7 « j'en profite un peu quand c'est genre pour un certificat de sport, je refais un peu le tour de : « L'école ça va ? Tu vois des amis ? Tu fais la fête ? » Je rentre là-dedans un peu comme ça. »

### 2.3- Une tierce personne aborde le sujet pour le patient

Neuf des médecins interrogés nous apprennent que la première personne à aborder l'alcool est souvent un membre de l'entourage du patient.

M8 « j'ai été alerté par la famille des fois c'est assez fréquent dans nos campagnes euh qu'on vienne en consultation... Tu sais c'est un petit peu les mêmes familles quoi et on me dit « Tiens tu vois papa il petite trop » et cetera... »

Quelquefois il s'agit même de l'entourage professionnel du patient.

M10 « son patron enfin son chef d'atelier m'a téléphoné en me demandant que je le rappelle parce qu'il faut que je fasse arrêter de boire monsieur X. »

**Il n'existe pas de porte d'entrée unique mais bien de multiples opportunités pour aborder le sujet selon les médecins interviewés. Cependant, dans la majorité de ces situations le patient est interrogé sur ses consommations d'alcool lorsqu'il souffre déjà des répercussions négatives de son trouble.**

## **IV- Les éléments recueillis par les médecins**

L'ensemble des médecins interrogés recueille un certain nombre d'éléments lorsqu'ils abordent le sujet. L'évaluation des consommations, les habitudes, le vécu du patient ou encore les raisons à l'origine d'un mésusage, lorsque celui-ci existe, ont été les principaux éléments relevés lors des entretiens.

Cependant, ils n'accordent pas forcément la même importance aux différentes thématiques.

### **1- L'évaluation des consommations**

#### **1.1- Une évaluation quantitative des consommations**

Certains (4/13) quantifient les consommations déclarées au moyen de l'unité standard et des équivalences de doses.

*M10 « Et ben vous voyez ce que c'est qu'un ballon de vin rouge, vous savez ce que c'est qu'un verre de pression, vous savez ce que c'est qu'un verre de whisky, si vous en demandez un au bistrot et bah c'est une unité tout ça » Si ça fait dix, onze ou douze grammes d'alcool je m'en fous mais c'est une unité. « Alors combien y'a d'unités ? »*

Ce participant également conscient de la différence de contenance et de quantité d'alcool dans certaines boissons alcoolisées telles que la bière. La quantification nécessite alors de demander quelle quantité et quel degré d'alcool contient la boisson consommée.

*M10 « Notamment les jeunes parce qu'ils vont te boire des trente-trois centilitres et des cinquante centilitres et c'est des bières qui sont plus souvent à huit qu'à quatre. »*

#### **1.2- Une évaluation globale des consommations**

Cependant, la majorité des interrogés (9/13) procède à une évaluation globale sans véritable quantification.

*M7 « Non la quantité j'évalue pas, je fais surtout : « Est-ce que c'est occasionnel, quotidien » plus comme ça mais pas... Sauf s'ils me disent : « Ouais c'est quotidien », je vais leur demander combien de verres mais je vais trop rentrer dans les détails quoi. »*

Deux praticiens reconnaissent leur manque de connaissances en matière de quantification.

*M1 « Pour tout ce qui est consommation j'ai aucune idée de... niveau des unités d'alcool j'ai vraiment fait au feeling quoi, [...] Je sais même pas qu'elles sont les unités finalement, je me dis juste par rapport à mon ressenti personnel ça me paraît beaucoup. »*

D'autres, mettent en avant la faible fiabilité de la quantification en jugeant que les patients minimisent leur consommation d'alcool.

M10 « On arrive à compter mais pareil quand on leur demande de compter ils mentent, on n'avoue pas ses turpitudes, c'est pas facile : « ouais, j'ai pris un verre, un p'tit verre, j'en ai pris deux. » « J'ai pris un whisky ». En fait il a rempli la moitié d'un verre à moutarde, c'est... »

Enfin, quatre médecins mentionnent l'intérêt limité de la quantification.

M6 « je pars du principe que c'est un problème d'alcool pas un problème de nombre de verres d'alcool. [...] Mais c'est pas, je bloque pas là-dessus, hein ! On m'avait appris à pas le faire »

### **1.3- Les habitudes de consommation du patient**

Plusieurs médecins cherchent également à connaître le contexte lié à la consommation.

M4 « Je demande si c'est tous les jours, au travail, si c'est aux repas, si c'est le soir, le weekend voilà. Je leur demande un peu comment ça se passe quoi. »

M8 « un monsieur qui avait une consommation d'alcool tous les soirs. Il était capable de ne pas boire dans la journée, de ne ressentir aucun besoin dans la journée mais le soir il ne pouvait pas s'empêcher deux ou trois bouteilles de vin. »

## **2- Le vécu du patient par rapport à sa consommation**

Plus que la quantification, les participants ont évoqué l'importance du vécu du patient par rapport à sa consommation. Ils estiment primordial de savoir si le patient perçoit les conséquences négatives de sa consommation.

M3 « Est-ce qu'il est équilibré comme ça ? (Rires) Est-ce que ça lui pose un problème avec son entourage, sa conjointe fin son entourage quoi, fin ce que lui ressent »

M11 « et souvent ce que je pose comme question c'est : est-ce que finalement la consommation, est-ce qu'elle a un problème, est-ce que c'est un problème euh ? »



### **3- Les raisons à l'origine du mésusage**

Un autre élément recueilli lors de l'interrogatoire est la cause d'un mésusage d'alcool, lorsque ce dernier est présent.

*M1 « on peut pas aborder que le problème de l'alcool sans aborder le problème de comment on en est venu à la consommation d'alcool »*

**La quantification est souvent imprécise, en revanche les médecins s'intéressent au vécu du patient par rapport à sa consommation.**

## V- Le rôle du médecin généraliste

La majorité des répondants affirme que le dépistage fait partie de leur rôle de médecin généraliste : détecter un mésusage d'alcool, mettre en évidence un problème. Ils mettent aussi en avant leur rôle de prévention et d'éducation. Par ailleurs, certains estiment qu'ils ont aussi un rôle de soutien, de déculpabilisation.

### 1- Le dépistage et le repérage

#### **1.1- Le premier recours**

Du fait de sa fonction, le médecin généraliste représente très souvent le premier recours.

*M4 « Ah ben, c'est nous qui sommes en première ligne je crois [...] Y'a pas photo hein ! (Rires) Oui de ce côté-là, y'a personne d'autre, voilà c'est sûr. »*

Certains expriment l'importance pour les patients d'avoir accès à leur médecin traitant en premier recours.

*M6 « je crois que pour les gens c'est drôlement pratique de pouvoir en parler à leur médecin généraliste. »*

Parler pour la première fois de ses consommations d'alcool à son médecin traitant peut s'avérer plus rassurant qu'à un spécialiste comme le relate ce médecin.

*M9 « je sais aussi que j'ai certains patients qui veulent pas y aller parce que ça leur fait peur, ils entendent addictologue [...] C'est un milieu qui peut faire peur à certaines personnes »*

#### **1.2- Le dépistage d'un mésusage**

Lors des entretiens neuf médecins ont évoqué l'importance de leur rôle de médecin généraliste dans la détection d'un mésusage et d'en informer le patient.

*M5 « Oui moi j'amorce le problème, j'essaie de voilà, j'essaie de pointer le problème, »*

*M13 « Pour moi le seul rôle c'est de, fin le rôle le plus important c'est de, de la mettre à jour. C'est révéler la problématique ! [...] Dire, je crois que vous buvez trop »*

## **2- La prévention et l'éducation**

Pour sept médecins interviewés la prévention fait aussi partie de leur rôle. Ils attachent une importance à donner des informations sur le concept d'unités standard, sur les recommandations de l'organisation mondiale de la santé, à donner ainsi que sur les risques encourus en cas de trouble de l'usage de l'alcool.

### **2.1- L'information sur les normes OMS**

Quatre médecins informent leurs patients des recommandations établies par l'OMS.

*M11 « on reprend un peu les normes de l'OMS mais c'est des repères mais après c'est pas forcément des objectifs mais ça permet de comprendre des choses »*

### **2.2- L'explication du concept d'unité standard**

Certains expliquent à leurs patients le concept d'unité standard qui sert à évaluer quantitativement les consommations d'alcool.

*M4 « Je leur explique d'ailleurs que dans les bars les verres ils sont plus ou moins petit. Je leur dis ça correspond à la même quantité d'alcool. Et ça ils ne le savent pas. Voilà. Le cognac qui fait tant de cc, le vin, la bière [...] C'est le même nombre de grammes d'alcool et ça ils l'apprennent »*

### **2.3- Les risques encourus**

Informé le patient des risques qu'il encourt lors d'un mésusage d'alcool qu'il soit aigu ou chronique, fait partie des éléments qui ressortent de plusieurs entretiens.

*M1 « c'est ce qu'on nous apprend, c'est la prévention, c'est de signaler déjà, de prévenir des effets indésirables, des effets après sur la vie quotidienne, mais aussi surtout organique donc le risque cardiaque, le risque hépatique, euh... neurologique aussi »*

*M8 « mais essayer de voir s'il a bien capté les risques d'une telle ivresse quoi [...] La conduite, enfin tout ça quoi ! Ah ouais, ça ça me parle ouais. »*

Ces informations permettent également au patient de comprendre certains liens entre le mésusage d'alcool et certaines pathologies.

*M11 « j'ai eu un monsieur que je suis pour un problème de goutte euh et y'avait un problème d'intoxication alcoolique et je lui ai expliqué les liens »*

### **3- L'évaluation d'un éventuel retentissement**

Le rôle du médecin généraliste est aussi de mettre en évidence les éventuelles répercussions d'un trouble de l'usage de l'alcool sur la santé physique, psychique mais aussi sur la vie personnelle ou professionnelle.

*M11 « finalement prendre de l'alcool c'est pas forcément un problème mais que ça leur occasionne un problème soit euh socialement soit d'un point de vue familial soit d'un point de vue de la santé »*

### **4- L'accompagnement du patient**

Pour sept praticiens, leur rôle passe aussi par l'accompagnement du patient dans sa démarche. Cela passe par le soutien et le bon aiguillage du patient.

Même pour les médecins qui ne se sentent pas à l'aise avec l'addictologie, le rôle de soutien leur paraît important.

*M2 « moi je fais pas beaucoup de psy c'est pas trop mon truc mais euh au moins essayer de les motiver quoi, de les soutenir. »*

Proposer une aide est un élément qui émerge de beaucoup d'entretiens, proposer un suivi, aiguiller vers un suivi spécialisé sont autant de propositions faites par les médecins interrogés.

*M1 « Nous on est comme une gare en fait [...] « on sait que vous avez un problème on vous envoie dans telle direction » et puis même pour eux c'est un pas en avant, c'est une démarche.*

*M11 « les gens vivent dans une prison un peu quand ils sont liés à l'alcool et donc euh, c'est de leur ouvrir une fenêtre de leur dire que même si je pense au niveau médical on a nos limites forcément dans la prise en charge de l'alcoolisme, des problèmes d'addiction à l'alcool euh bah voilà il faut leur tendre la main »*

**Un rôle pluriel dans la problématique même si les médecins mettent en avant leur rôle de**  
**dépistage.**

## **VI- Le ressenti du médecin sur la qualité de la relation médecin-patient**

### **1- Une Relation de qualité**

Sept médecins sur treize sont satisfaits de la relation qu'ils entretiennent avec les patients avec lesquels ils ont abordé l'alcool. Cette relation de qualité fait suite à plusieurs facteurs comme le retour de bonnes expériences, la formation, l'appétence pour la communication ou encore la bonne connaissance du patient.

#### **1.1- Des médecins à l'aise pour parler d'alcool**

La moitié d'entre eux exprime le sentiment d'être à l'aise lorsqu'ils parlent d'alcool avec leurs patients.

*M5 « Ah non, non j'ai jamais eu de problème. J'ai quand même suivi pas mal d'alcooliques et non j'ai pas de souci par rapport à ça, peut être au début, je m'en souviens pas trop mais maintenant je suis très à l'aise avec »*

#### **1.2- L'absence de mauvaise expérience**

D'autres se sentent aussi rassurés par les bons retours de leurs patients et l'absence de mauvaise expériences.

*M7 « Non en vrai pour l'instant j'ai jamais eu de patient qui n'était pas à l'aise avec la question. »*

*M9 « le courant passe assez bien par exemple, j'ai eu un patient qui a été hospitalisé il y a quelques temps qui a été hospitalisé pour une cure... [...] qui m'a téléphoné pour donner des nouvelles de lui euh. Rien qu'en passant cinq minutes avec lui au téléphone il était content, je sentais que ça lui faisait du bien et puis dans l'autre sens moi aussi ça me faisait plaisir forcément des nouvelles comme ça ; savoir que mon patient pense à moi... (Sourires) »*

#### **1.3- La connaissance du patient depuis longtemps**

Une des particularités du médecin généraliste par rapport à ses confrères spécialistes est la connaissance globale de ses patients. Trois médecins placent cet aspect comme élément favorisant la bonne relation avec les patients.

*M6 « Mais c'est aussi par ce que je les connais depuis tout le temps [...] j'ai jamais été froide avec eux, donc ils voient pas pourquoi tout d'un coup je leur donnerai un coup de couteau quoi. »*

#### **1.4- La facilité de communication**

La facilité de communication de certains participants améliore également l'échange.

*M12 « Je me sens plutôt à l'aise dans le dialogue avec l'autre ça c'est vrai et ça a toujours été un peu mon truc donc que ce soit l'alcool les soins palliatifs... J'ai pas trop trop de difficultés... »*

#### **1.5- L'expérience**

L'expérience est aussi un élément en faveur de l'abord des sujets épineux et ainsi à obtenir une bonne qualité relationnelle.

*M6 « Ça me fait penser aux troubles de l'érection tout ça, on, on avec le temps on apprend à rester calme et très stoïque pour surtout ne pas mettre mal à l'aise le patient voilà. »*

#### **1.6- La formation**

La formation a également eu un effet bénéfique chez certains pour aborder ce sujet de manière plus sereine.

*M9 « c'était des stages de trois mois donc pendant trois mois, j'ai peut-être appris à parler d'alcool avec mes patients, peut-être plus que si j'avais pas fait ce stage-là. On en parle forcément dans tous les stages, hein, j'avais fait de l'hépatologie aussi, là aussi on en parle mais en stage d'addictologie on en parle peut-être plus encore. »*

### **2- Il existe parfois une certaine ambivalence**

#### **2.1- Une appréhension pour une catégorie de patients**

L'abord de l'alcool fait partie des sujets épineux et il existe chez certains médecins une appréhension à interroger leurs patients sur ce point.

*M7 « Moi je suis plutôt à l'aise... (Silence)[...] j'ai des personnes âgées ben je pense qu'elles boivent de l'alcool à tous les repas. Eux, ça me gêne de leur demander parce que je sais que c'est dans leurs habitudes et voilà ; ils vont m'envoyer balader si je leur demande quoi...(Rires) [...] Mais sinon ça me dérange pas en fait... »*

#### **2.2- Des méthodes de communication témoins de la gêne du médecin**

Une méthode de communication d'un participant qui déclarait se sentir à l'aise quand il parle d'alcool avec ses patients, nous montre qu'il a en fait quelques réticences. En effet, il induit la réponse de ses patients en utilisant des phrases interro-négatives lorsqu'il aborde le sujet.

M9 « Euh j'ai peut-être tendance à assez systématiquement à minimiser euh les consommations d'alcool qui me semblent, quand le patient nous le dit en tout cas, qui me semble normales et qui dit : « Je bois un verre de temps en temps » je vais lui faire confirmer : « Est-ce que, c'est pas tous les jours ? » je vais lui dire comme ça : « C'est pas tous les jours ? » ou « Est-ce que c'est tous les jours ? » [...] Euh celui qui me dit : « Je bois un ou deux verres de vin, un verre de vin à chaque repas » je lui dis : « Oui mais c'est pas une bouteille par jour ? (Ton permissif) ». »

### **3- Un abord limité par une certaine appréhension de la réaction des patients**

#### **3.1- Les mauvaises expériences**

Lors de quelques entretiens, le souvenir de mauvaises expériences a été énoncé. Ces souvenirs ont engendré chez ce médecin une réticence à aborder le sujet avec d'autres patients.

M8 « J'ai la sensation que ouais c'est une réflexion que j'ai souvent entendue : « Mais euh rassurez-vous je suis pas alcoolique » ou « Vous me prenez pour un alcoolique ». Effectivement non je les prends pas du tout pour un alcoolique quoi [...] je me pose la question de leur consommation, parce que c'est potentiellement nocif pour leur santé, [...] je l'aborde peut-être moins facilement que d'autres sujets quoi... Ouais... »

#### **3.2- La peur de la réaction du patient**

Même en l'absence de mauvaises expériences certains médecins appréhendent ou même n'abordent pas le sujet par crainte de la mauvaise réaction du patient.

M4 « mais certains j'aborderais pas, s'ils l'abordent pas, je saurais que ça sera un sujet très très épineux, qui pourrait déclencher un peu d'agressivité chose comme ça... Y'en a qui refusent absolument hein, y'en a certains ça se sent, ça se sent hein. [...] Oui, oui, oui, qu'il y ait un clash quoi. « Docteur, de quoi je me mêle ? », ça pourrait aller jusque-là quoi. »

### 3.3- La conscience d'une possible rupture d'alliance ne freine pas un médecin

Un médecin quant à lui est conscient que l'abord de l'alcool peut déclencher une rupture d'alliance, en a même fait l'expérience mais cela ne constitue pas selon lui un frein à aborder le sujet.

M13 « Dire, je crois que vous buvez trop, voilà. C'est pas facile hein ? [...] Le fait que le patient se bloque et qu'on soit dans un défaut thérapeutique parce que, parce que... Parce que je pense qu'il en avait conscience et qu'il voulait pas l'entendre. »

E « Est-ce que ça vous est arrivé dans votre expérience de vous retrouver face à cette situation de comme vous dites, mettre à jour un mésusage d'alcool et qu'un patient se ferme ? »

M13 « - Ah oui ! (Ton franc) Oui ça arrive, oui, ça arrive ! Alors il peut se fermer pour une période réfractaire deux, trois, six mois et puis euh [...] Mais il arrive des fois qu'il n'y ait pas d'accroche et que, on les voit plus. C'est pas le plus fréquent. Je crois que ça m'est arrivé une fois de le perdre de vue complètement je pense à cause de ça. Après, des fois ils veulent pas qu'on en parle. [...] mon boulot c'est d'essayer de l'aider, après s'il veut pas que je l'aide. S'il veut pas que je l'aide je vais pas insister non plus, je vais pas être lourd, hein ? Je vais pas lui dire voilà, ou alors je vais lui faire des petites allusions de temps en temps s'il va pas bien etc... »

**Il existe chez les médecins un ressenti d'une relation de qualité quand on parle d'alcool.**

**En revanche des appréhensions sont présentes avant d'aborder le sujet.**

**Il semble plus facile de parler d'alcool une fois que le sujet a été abordé.**



## **VII- L'influence du vécu du médecin sur l'abord de la question**

Le vécu personnel et professionnel peut influencer la manière d'interroger les patients. C'est pourquoi il faut considérer le rapport des médecins à l'alcool.

### **1- L'expérience personnelle des médecins avec l'alcool**

Cinq médecins déclarent ne pas avoir d'antécédent de trouble de l'usage de l'alcool personnel, familial ou dans l'entourage proche.

*M12 « Alors moi j'ai eu la chance vraiment de pas avoir de souci personnels ou familiaux de ce côté-là... »*

Quatre participants évoquent la présence dans leur entourage de conséquences graves secondaire à une dépendance à l'alcool.

*M10 « J'ai un neveu qui est tox et alcoolique et quand il passe il me dit : « Salut ! ». Et là je lui dis : « Tu picoles pas le matin ? » « Ah, non juste deux bières », voilà quarante balais. Quarante balais gros comme ça (Montre son auriculaire), c'est très difficile. »*

Un médecin se rend compte de son mésusage d'alcool lors de l'entretien.

*M8 « Et donc à partir de, au-delà de dix verres y'a une consommation à risque ? [...] Oh Putain !! (Air affolé) [...] D'accord, d'accord ! Bon bah je suis à risque alors, bah ouais. » [...] c'est qu'effectivement on boit pas tellement la semaine mais le samedi soir on est capable de prendre deux trois apéros, trois quatre verres de vin, deux trois digestifs et ça y'est. Bon bon, on est bien hein, je te dis pas qu'on se couche clair hein euh... [...] Mais on n'a pas l'impression d'être des alcooliques ou du moins d'avoir un problème avec l'alcool mais pour autant on s'est coltinés dix verres dans le nez en une seule soirée. »*

### **2- Le rapport personnel du médecin à l'alcool influence son interrogatoire**

Bien que les médecins interrogés aient un rapport à l'alcool différent les uns des autres, tous sont d'accord sur le fait que ce rapport influence leur manière d'aborder le sujet. Cependant, ils la perçoivent de manière différente.

### **2.1- L'absence de mésusage personnel facilite l'abord du sujet**

Cinq médecins indiquent que l'absence de mésusage personnel ou dans leur entourage les rend serein pour aborder le sujet.

M12 « *Alors moi j'ai eu la chance vraiment de pas avoir de souci personnels ou familiaux de ce côté-là... [...] non, ça va beaucoup moins me bouleverser que la cancérologie par exemple, ça c'est sûr. »*

### **2.2- La présence d'un mésusage représente une limite à l'abord**

Les médecins n'ayant pas de mésusage pensent que la présence d'un trouble de l'usage de l'alcool chez le médecin ou son entourage peut constituer un frein dans le dialogue avec les patients.

M12 « *Mais je pense que ça peut avoir une influence... Mais je suis plutôt tranquille enfin plutôt sereine [...] le souvenir d'en avoir parlé avec une amie qui elle avait connu euh un parent, un père alcoolique où elle supportait pas du tout.*

Les sujets difficiles à aborder sont ceux qui les concernent.

M6 « *Moi je suis moins douée pour aborder les problèmes de chocolat au lait, vous voyez. (Rires) Je suis en plein dans le problème là ! [...] On a tous nos propres limites et là c'est vrai, trêve de plaisanterie, sur un trouble du comportement alimentaire je vais être moins à l'aise hein, pour être sincère je suis moins à l'aise que sur un problème d'alcool qui est très loin de moi en fait et qui me fait pas peur. »*

Le mésusage du médecin lui-même induit une tolérance pour ses patients.

M8 « *moi j'ai pas une consommation qui est nulle puisque clairement je bois une bière tous les soirs et tous les samedis soirs voire dimanches midis je bois du vin, euh enfin je sais que j'ai une consommation excessive, je suis au-delà de tes chiffres et forcément j'ai une tolérance qu'est... »*

M10 « *moi je considère convivial de boire un verre ou deux dans certaines circonstances. Hier réunion du SSIAD, y'a eu le pot de l'amitié après l'assemblée générale. Est-ce que c'est utile de se taper deux verres le soir à 22h00 ou 22h30 ? Globalement, non. [...] Et pourtant socialement ça fait partie de la convivialité. [...] Alors est-ce que je vais aborder ce problème-là de la même manière, enfin pas le mien mais vis-à-vis des patients ? Comme je trouve ça après tout, c'est normal mais y'a tout le temps des pots, y'a, pourquoi euh? » »*

### **2.3- L'absence de consommation peut constituer un frein**

En revanche, l'absence de consommation d'alcool chez un médecin constitue pour lui, une limite pour aborder ce sujet avec ses patients. Ce médecin estime manquer de légitimité par méconnaissance.

M1 « à part mon expérience de consommation qui est pas énorme, je suis pas trop, j'ai pas trop d'idée, je sais même pas, je sais qu'il y a une phase d'euphorie qui peut être agréable, y'a une phase aussi euh de euh, plus délétère à postériori mais j'en ai aucune idée, et ça j' fais que m'imaginer euh de ce qu'on me raconte en soit, que des effets... »

#### **2.4- La présence d'un mésusage peut sensibiliser le médecin et favoriser le dialogue**

D'autres en minorité, pensent que la présence d'un mésusage chez le médecin ou son entourage peut sensibiliser le médecin et favoriser le dialogue.

M8 « Et ça c'est un exemple que je donne à mes patients pour leur dire que l'alcool c'est pas, bah oui c'est un bon anxiolytique, oui ça fait du bien, oui ça te détend mais oui c'est nocif quand même, et que je suis assez bien placé pour leur en parler, je sais ce que c'est. »

### **3- L'expérience professionnelle**

Il n'y a pas que le vécu personnel du médecin, les faits marquants de sa vie professionnelle ont également un impact sur sa manière d'aborder le sujet avec ses patients.

#### **3.1- Les évènements professionnels difficiles**

Les évènements dramatiques ont effectivement une influence pour plusieurs médecins interrogés.

M13 « Et en fait là j'avais pas vu qu'il avait besoin d'en parler, mon collègue l'avait vu. Sauf que moi j'avais cinq ans d'expérience et que mon collègue il en avait trente quoi. Voilà. Et en fait j'ai su que c'était ça parce qu'il s'est fait renverser par une bagnole alors qu'il était ivre et il est mort. [...] Ça a déclenché un truc, ouais : « Regarde un peu plus, fais plus attention ! »

#### **3.2- Les rencontres**

Mais les rencontres dans le milieu professionnel sont également importantes pour certains médecins.

M11 « j'ai eu une discussion avec un ancien alcoolique, quand j'étais étudiant, qui travaillait au CHU. [...] Il était abstinent mais en disant « abstinent mais jamais guéri ». Et donc j'ai bien gardé en tête en disant qu'il faut rester vachement humble par rapport à ce qu'on peut proposer [...] c'était une discussion informelle mais elle m'a marquée, parce que, il avait des propos assez durs vis-à-vis de la médecine mais je pense qu'il avait pas tort, euh et puis bon j'étais en formation et, et donc ça, ça influence ça c'est clair »

**Le vécu personnel et professionnel du médecin influence la vision de la problématique et sa prise en charge mais de manière différente selon les médecins.**

## **VIII- L'abord des consommations d'alcool à l'origine de nombreuses difficultés pour les médecins généralistes**

### **1- Les freins liés aux patients**

#### **1.1- L'ambivalence et la résistance du patient**

Les médecins se heurtent parfois à l'ambivalence et à la résistance du patient qui peuvent se manifester soit par de l'agressivité soit par une « surdité » mais également par un sentiment de honte et de culpabilité. Il est par conséquent difficile pour le professionnel d'aborder le sujet comme nous l'expliquent plusieurs participants de notre enquête.

*M4 « Y'en a qui refusent absolument hein, y'en a certains ça se sent, ça se sent hein. [...] Oui, oui, oui, qu'il y ait un clash quoi. « Docteur, de quoi je me mêle ? », ça pourrait aller jusque-là quoi. »*

*M6 « la conscience que c'est un problème c'est pas toujours facile. »*

*M11 « je lui en parle mais c'est surtout lui qui a du mal à m'entendre par rapport à ça. Il est assez compliant pour tout le reste mais pour ce côté-là, il y a une surdité dans le discours. »*

#### **1.2- Les fausses croyances du patient**

Lors de plusieurs entretiens notamment ceux pratiqués en zone rurale, nous avons discuté en particulier de la consommation de cidre, qui pour de nombreux patients n'est pas considéré comme de l'alcool. Il est consommé de manière quotidienne et parfois en grande quantité. La difficulté pour le médecin réside dans le fait que le patient a des fausses croyances en considérant le cidre comme une boisson non alcoolisée ou comme une boisson faiblement alcoolisée donc sans répercussion sur la santé.

*M4 « Ça fait partie de la boisson quoi, on s'hydrate avec de l'alcool quoi voilà. C'est le cidre, c'est le vin, c'est le vin blanc, pour eux c'est pas de l'alcool [...] Alors ça en général le cidre c'est pas de l'alcool, c'est un vrai problème parce que pour nous euh... » [...] « C'est pas fort, ça peut pas faire de mal ». »*

#### **1.3- Une comorbidité psychiatrique**

La présence d'une comorbidité psychiatrique chez le patient peut ajouter une difficulté supplémentaire dans le dialogue pour le médecin.

*M3 « si y'a des problèmes psychiatriques sous-jacents par exemple, c'est plus compliqué »*

**La résistance et les fausses croyances du patient sont des éléments qui rendent difficile l'abord et l'accompagnement du sujet pour le médecin généraliste.**

## **2- Les freins liés au médecin**

### **2.1- Le temps**

La majorité des médecins soit 9 médecins sur 13 évoquent le manque de temps comme difficulté.

*M3 « Je crois c'est par le temps, si on avait plus de temps à consacrer au patient, on aborderait plus facilement. »*

*M8 « Non, non non et non pas avec le peu de temps que j'ai à consacrer à chaque patient.*

### **2.2- Les éléments externes**

La « charge mentale » du médecin est évoquée par quatre participants. En effet, la présence d'un patient fragile en salle d'attente, l'accumulation du retard vont conditionner le médecin à effectuer une consultation plus rapide et il s'oblige alors à se ne pas poser certaines questions.

*M1 « on peut aborder tous les sujets possibles pendant une consultation mais si on sait qu'il y a, je sais pas un nourrisson d'un mois qui attend juste après, c'est tout on va essayer d'aller un peu à l'essentiel »*

La présence d'une tierce personne en consultation est également une difficulté pour aborder l'alcool avec les patients pour plusieurs des participants.

*M10 « Une tierce personne quand ils viennent avec le gamin ou le conjoint, ou la copine. L'autre jour j'ai eu ça, j'ai eu la dame avec sa fille et avec la copine on peut parler de rien »*

### **2.3- Les patients présentant un trouble de l'usage d'alcool perçus par les médecins comme des patients difficiles à prendre en charge**

Au cours de chaque entretien de nombreux médecins ont mentionné une situation où ils ont été en difficulté avec un patient présentant un mésusage d'alcool. Ces difficultés ne sont pas directement liées à l'abord mais surtout au contexte du patient. Les répondants évoquent des patients polypathologiques, des patients évoluant dans un contexte social précaire ou présentant une comorbidité psychiatrique. Dans ces situations il n'y a pas que l'abord de l'alcool à gérer mais aussi tous les autres aspects qui sont parfois très compliqués pour les médecins généralistes.

*M1 « c'est quand même des prises en charge qui sont un peu plus lourdes du fait de leurs consommations ; enfin un patient qui a une varice œsophagienne, c'est quand même susceptible de péter à tout moment, enfin c'est des patients qui sont globalement plus lourds et puis polypathologiques. »*

L'aspect social représente un frein pour M2.

*M2 « Ben c'est tout le problème social qui me saoule. (Rires) »*

M10 est confronté à une situation complexe, dans le cas présent le contexte n'est pas idéal pour aborder le sujet sereinement avec le patient.

*M10 « un type qui est venu pour arrêt de travail qui picole trop, qui se fait taper dessus par l'entourage quand il a picolé de trop. Il est ouvrier aux \*\*\* (nom de l'entreprise) en bas, et euh son patron enfin son chef d'atelier m'a téléphoné en me demandant que je le rappelle parce qu'il faut que je fasse arrêter de boire monsieur X. »*

C'est parfois du couple dont il faut s'occuper.

*M7 « le souci c'est qu'il a une nouvelle compagne qui est en train de tomber dans l'alcool aussi. Donc c'est un peu compliqué, c'est le couple là du coup qu'il faut gérer. »*

## **2.4- La prise en charge d'un mésusage d'alcool : un parcours demandant beaucoup d'énergie et présentant de nombreux revers**

### **2.4.1- Un investissement important à l'origine de sentiments douloureux**

Un investissement important et beaucoup d'énergie sont fournis par les médecins lorsqu'ils prennent en charge les patients avec un trouble de l'usage de l'alcool. Il existe pour huit médecins de notre enquête une dimension émotionnelle marquée (déception, tristesse, découragement, sentiment d'échec, sentiment d'impuissance, sentiment d'inutilité) face aux situations dramatiques ou aux rechutes.

*M8 « on s'est vus pendant des mois euh pour essayer de résoudre ce problème [...] Et ce monsieur a fait une chute dans l'escalier un soir et il est dans un état végétatif, voilà. [...] il est tombé de l'escalier en état d'ébriété et ça m'a fait beaucoup de peine »*

*M10 « Il faut énormément d'énergie pour avoir pas ou peu de résultats, ENORMEMENT »*

L'ambivalence ou la résistance du patient peuvent parfois donner l'impression d'une absence de compliance du patient.

*M4 « Savoir que téléphoner moi-même à \*\*\*(nom de centre d'addictologie) ou centre d'alcoologie du coin et puis finalement quinze jours après j'ai un courrier, il est pas venu à son rendez-vous quoi fait chier hein ! »*

#### **2.4.2- L'absence de résultats concrets**

L'impression de l'absence de résultats rapides et concrets peut donner au médecin un sentiment de « perte de temps » et induire une « sélection » des patients à prendre en charge.

*M2 « avec les addictions c'est que toi tu fais ton taff, tu t'y donnes et puis je trouve derrière ça avance pas beaucoup »*

*M4 « Moi je sais des fois j'en parle avec mon collègue à côté, on a tellement de boulot que bon, si on sent que ça nous échappe ou qu'on va pas y arriver quoi on abandonne parce que notre temps est précieux on préfère le consacrer à des gens où on sait que ça va marcher ou d'autres pathologies »*

#### **2.4.3- Une vision pessimiste**

Certains médecins marqués par des expériences professionnelles douloureuses chez des patients atteints d'un trouble de l'usage de l'alcool se sentent démotivés ou pessimistes. Cette vision peut constituer une limite à l'abord du sujet.

*M10 « mais j'avoue que je suis assez pessimiste là-dessus, ça c'est ma vieille euh... [...] On les aide on a souvent des succès euh, des succès très ponctuels, mais les rechutes c'est pfiou (Air triste). »*

#### **2.5- Le manque d'intérêt pour la problématique et le manque d'empathie pour les patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool**

Le manque d'intérêt pour l'addictologie peut représenter un frein à l'abord du sujet.

*M2 « moi je fais pas beaucoup de psy c'est pas trop mon truc. »*

Le rejet ou le manque d'empathie envers les patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool peut empêcher des médecins à s'intéresser à leurs consommations.

*M1 « y'a des gens qu'on a du mal à prendre en charge de manière la plus optimale, parce que, parce que on n'a pas tous des affinités »*

*M2 « après c'est horrible à dire ce que je dis mais euh le type qui est au chômage depuis vingt-cinq ans qu'est tout seul, qui fait rien de sa vie euh souvent je suis en rejet c'est pas très agréable. »*

#### **2.6- Un manque de connaissances et de formation**

Trois médecins ne se sentent pas assez formés à l'issue de leurs études pour aborder l'alcool avec les patients. M7 atteste ne jamais avoir été confronté à l'abord de l'alcool au cours de son cursus, et par conséquent, se sent en difficulté pour établir un dialogue avec un patient sur ce sujet.

M7 « C'est la formation qui euh qui pêche je pense le plus. [...] sans être confronté à ça, vraiment en fait ! Si tu vas pas faire ton stage ou alors faut chercher des formations proposées mais y'en n'a pas, enfin moi j'ai pas eu notion de ça pendant l'internat. »

Un autre médecin critique la formation universitaire en alcoologie qu'il juge trop binaire et obtuse.

M11 « dans notre formation ! Je pense, alors moi ma formation elle date un petit peu je pense que ça s'est amélioré mais je pense que dans notre formation oui. [...] notre formation elle est très culpabilisante et normative, il faut faire comme ça et pas comme ça, »

Le manque d'expérience représente également une limite chez un médecin.

M1 « J'ai pas suffisamment l'expérience pour pouvoir prendre en charge tout le monde donc ceux que je vais prendre en charge c'est ceux que... chez qui je sais que ça peut le faire. »

## 2.7- L'ambivalence du médecin

Deux médecins montrent au travers des entretiens qu'ils ont une vision positive de l'alcool. Ainsi, ils minimisent les répercussions des consommations et par conséquent ces éléments constituent une entrave à leur abord et à la prise en charge de la problématique.

M8 « J'ai pas la sensation que que la consommation modérée même quotidienne puisse entraîner de tels troubles organiques, donc j'ai tendance un peu à minimiser. »

M8 « c'est qu'effectivement on boit pas tellement la semaine mais le samedi soir on est capable de prendre deux trois apéros, trois quatre verres de vin, deux trois digestifs et ça y'est. Bon bon, on est bien hein, je te dis pas qu'on se couche clair hein euh... [...] Mais on n'a pas l'impression d'être des alcooliques ou du moins d'avoir un problème avec l'alcool mais pour autant on s'est coltinés dix verres dans le nez en une seule soirée. »

M10 « si on veut draguer une fille, on va prendre un verre, tout le monde va être détendu un peu cool et là ça va les libérer un petit peu, ça va désinhiber. [...] Mais ça, ça fait partie aussi du culturel et je vais pas culpabiliser ça »

Par ailleurs, se pose le problème de la légitimité du discours du médecin qui consomme avec ses patients. En effet, un médecin met en avant l'image humaine qu'il veut renvoyer à ses patients en consommant avec eux.



*M10 « les gens de l'extérieur qu'est-ce qu'ils voient ? Le docteur qu'écoute de la musique et un verre à la main [...] je leur montre que je suis qu'un homme. Je ne suis qu'un homme enfin qu'un homme, qu'un humain »*

## **2.8- Les représentations des médecins**

Les représentations modifient la manière dont les médecins abordent l'alcool avec leurs patients.

### **2.8.1- La consommation d'alcool en fonction du sexe**

Cinq médecins interrogés perçoivent différemment la consommation d'alcool, ou l'abord du sujet chez l'homme et la femme.

Un médecin parle de sa plus grande difficulté à interroger les femmes.

*M7 « Je pense que j'ai plus de mal à demander aux femmes qu'aux hommes. [...] peut-être parce que je suis une femme moi-même »*

Un autre participant compare la manière dont le patient évoque le sujet en fonction de son sexe.

*M6 « Euh l'homme il nie, il minimise et il dit : « pas plus que tout le monde », voilà il boit comme les autres donc euh... [...] Les femmes vont un petit peu, c'est pas souvent, mais quand c'est psychiatrique la consommation d'alcool, bah elles vont « ah, oui, tout ça ! », elles vont approuver et puis finalement elles vont dire non... »*

### **2.8.2- L'âge, la personne âgée et l'adolescent**

Un patient plus âgé que le médecin lui-même entraîne une réticence à l'interroger sur ces consommations.

*M8 « Ouais les trente-cinq, cinquante ans euh ça me parle, les très jeunes me parlent oui. Mais c'est vrai qu'au-delà de cinquante ans euh j'ai peur un petit peu de cette euh... ; c'est pas un facteur favorisant disons quoi [...] au-delà de cinquante ans, ouais, [...] Ouais pour moi c'est plus compliqué. »*

D'autres en revanche, redoutent d'aborder le sujet avec les adolescents.

*M7 « ça dépend de son âge aussi. Par exemple chez les ados je vais avoir du mal à leur poser la question ; enfin c'est plus compliqué. »*

Ce médecin estime que l'adolescent a une consommation d'alcool à visée transgressive qui selon lui n'est pas retrouvée chez le patient adulte. Cette représentation influence le médecin sur sa manière d'en parler.

*M11 « je pense que la consommation à ce moment-là, elle est pas la même, pas dans le même but que quelqu'un qui a quarante-cinq ans ou trente ans. Et il y a un côté transgressif et de progression et du coup de leur donner une information entre guillemets normative du risque de l'alcool »*

### **2.8.3- La catégorie socio-professionnelle**

La catégorie socio-professionnelle est mentionnée comme un élément à l'origine de réticences. Pour deux médecins qui l'ont évoquée, il s'agit d'une catégorie sociale élevée.

*M10 « peut-être les personnes qui seraient les plus difficiles ça serait les personnes qui m'impressionnent socialement. Euh soit des gens riches et posés le style industriel qui gagne beaucoup de pognon grande gueule ça c'est compliqué de leur expliquer ça. »*

D'autres, quant à eux, estiment que le faible niveau intellectuel du patient peut engendrer une incompréhension de leur discours.

*M4 « vous avez beau leur expliquer ils vont pas comprendre fin je crois certains c'est vraiment »*

M9 quant à lui, perçoit le faible niveau socio-culturel comme un facteur favorisant les consommations d'alcool et serait donc plus enclin à l'aborder chez ces patients-là.

*M9 « Un patient avec un niveau social bas on pourrait penser qu'il y a plus facilement de l'alcool alors que c'est pas vrai je le sais très bien mais je pourrais penser ça, oui, oui, oui. »*

### **2.8.4- L'aspect intime de la consommation d'alcool**

Plusieurs médecins interrogés estiment que la consommation d'alcool relève de l'intime et par conséquent l'abordent avec plus de retenue que d'autres sujets jugés moins personnels.

L'alcool fait partie des rituels des gens, les interroger sur le sujet est perçu par certains praticiens comme une intrusion dans leur vie privée.

*M7 « ça me gêne de leur demander parce que je sais que c'est dans leurs habitudes et voilà »*

*M10 « c'est quelque chose d'intime, le rapport à l'alcool c'est très intime. (Silence) »*

## **2.9- Les fausses croyances du médecin**

### **2.9.1- « L'alcool ça se voit »**

Six participants ont la perception que le mésusage d'alcool est une évidence.

*M6 « on sait quelqu'un qui boit... Hein ? »*

M2 « je trouve que quand même quand ils picolent quoi ça se voit. »

### **2.9.2- « L'alcool c'est moins grave que le tabac »**

M8 perçoit la nocivité du tabac supérieure à celle de l'alcool. Par conséquent, il aborde plus la consommation de tabac que la consommation d'alcool.

M8 « je crois que j'ai une notion très importante de nocivité du tabac. [...] Que j'ai peut-être pas avec l'alcool »[...] « Moi je crois que j'ai la sensation que le tabagisme... Je retiens toujours que tu meurs une fois sur deux de ton tabagisme... »

### **2.9.3- « Il faut consommer beaucoup d'alcool pour en avoir les répercussions »**

Un participant indique que pour lui la nocivité de l'alcool apparaît lorsqu'il existe des conséquences physiques gravissimes. Cette représentation a un impact sur sa façon d'aborder le sujet avec ses patients.

M8 « J'ai l'impression que tout ce qui est cirrhose, hémorragie digestive, euh vraiment les trucs graves quoi, l'encéphalopathie est réservée aux très grands alcooliques quoi. Les encéphalopathies et cetera... J'ai pas la sensation que que la consommation modérée même quotidienne puisse entraîner de tels troubles organiques, donc j'ai tendance un peu à minimiser. »

### **2.9.4- « Les femmes ont moins de risque d'avoir un problème d'alcool que les hommes »**

Certains évoquent la différence de consommation entre les hommes et les femmes et par conséquent sa plus grande difficulté à interroger les femmes.

M7 « Les femmes je pense qu'elles boivent plus qu'avant mais je sais pas, c'est dans peut être dans ma vision des choses que les femmes elles boivent moins que les hommes, je sais pas. »

### **2.9.5- « Les femmes sont au courant que leur mari consomme de l'alcool »**

Dans le dernier entretien, le médecin nous montre que son attitude change en fonction du sexe de son patient et qu'il soit accompagné de son conjoint ou non.

M13 « on se rend compte que les femmes sont souvent au courant que leur mari boit mais les maris sont pas toujours au courant que les femmes boivent et d'entrée de jeu c'est pas forcément la peine de foutre le bordel... (Rires) »

### 2.9.6- « Les personnes âgées ne sont pas concernées par les problèmes d'alcool »

La représentation que certains médecins se font des personnes âgées est à l'origine de difficultés lors de l'abord de la consommation. En effet, pour certains médecins les personnes âgées ne présentent pas de trouble de l'usage de l'alcool. Ce sujet n'est donc pas abordé.

En effet, ce médecin annonce que la présence des problèmes d'alcool au sein de sa clientèle est faible puisqu'il a une clientèle âgée.

M10 « même peu présent parce que j'ai une clientèle âgée. »

### 2.9.7- « Il y a des raisons pour consommer »

Plusieurs médecins interrogés cherchent des raisons aux consommations de leurs patients.

M2 « Pour oublier je pense un peu les tracas du boulot, les gamins qui foutent le bordel, voilà je pense ils sont pas aidés c'est un petit milieu »

M9 « un peu comme s'il s'ennuyait dans sa vie, »

**Le manque de temps, est la difficulté exprimée par une majorité de médecins mais on constate que les représentations, les fausses croyances ainsi que l'investissement émotionnel sont des freins également importants.**

## 3- Les freins liés au produit

### 3.1- Le poids culturel de l'alcool

L'aspect culturel de l'alcool est parfois si fort que même dans des situations dramatiques où il est en cause, l'alcool est proposé. La culture et les rituels représentent des freins majeurs pour plusieurs médecins interrogés.

M4 « le père est vivant mais il picole toujours, on lui enlève six litres d'ascite tous les quinze jours et les trois gamins sont morts. Et quand j'arrive chez eux, la dame qui est contre l'alcool me propose un apéritif. (Rires) [...] Oui, oui, oui c'est incroyable, elle, elle boit pas hein, mais c'est culturel, on offre de l'alcool, de l'apéritif alors que voilà quoi. »

M6 « un alcool euh oui et puis culturel, très culturel. »

### **3.2- L'alcool est très diffusé dans certaines zones rurales**

Dans certaines zones rurales, le cidre est très présent, et banalisé par la population.

*M4 « Ça fait partie de la boisson quoi, on s'hydrate avec de l'alcool quoi voilà. »*

### **3.3- La connotation péjorative de l'alcool**

Le regard péjoratif de la société par rapport à l'alcool génère de la culpabilité chez les patients et de l'appréhension à décrire le rapport qu'ils entretiennent avec ce produit.

*M4 « pour eux c'est le côté honteux quoi... voilà je suis pas alcoolique quoi, c'est ça ! C'est ça voilà. J'en ai certains comme ça, je sais que ... « Ouais non, ouais je bois un petit peu ! », ils bottent en touche quoi c'est... Pour eux c'est honteux quoi, voilà. »*

L'alcool, souvent associé au tabac lors des interrogatoires médicaux, véhicule en revanche une connotation beaucoup plus négative à l'origine d'un abord moins fréquent par les patients.

*M6 « Si l'alcool c'était aussi simple que le tabac et ben ça serait plus facile pour les gens, s'ils pouvaient en parler, si y'avait pas de connotation aussi négative, si c'était vraiment une maladie reconnue quoi... Mais bon peut être ça viendra, la dépression on commence à en avoir moins honte qu'avant mais l'alcool oui c'est pas gagné. »*

## **L'ambivalence de l'alcool est source de difficultés majeures pour les praticiens.**

### **4- Les difficultés organisationnelles en lien avec les structures spécialisées en addictologie**

#### **4.1- Le manque d'interlocuteur direct**

Le manque d'interlocuteur direct ou l'absence de structure d'accueil immédiate met en difficulté certains médecins.

*M2 « toi tu fais ton taff en une demi-heure-là en consulte et derrière si y'a rien qui piétine, parce que [...] c'est dans six mois le rendez-vous ça avance pas quoi, c'est ça qu'est pas facile quoi avec les addictions c'est que toi tu fais ton taff tu t'y donnes et puis je trouve derrière ça avance pas beaucoup »*

#### **4.2- La complexité du réseau d'addictologie**

La perception d'une certaine complexité du réseau d'addictologie local renforce ce sentiment de difficulté pour adresser un patient.

*M13 « J'ai toujours l'impression que c'est, c'est super compliqué. Ça a été euh, à \*\*\*(nom de ville), c'est parti à \*\*\*(nom de ville), je sais pas où c'est. Euh, on sait pas bien comment faut faire, euh... »*

### **4.3- Le manque de communication**

Les médecins généralistes déplorent aussi le manque de communication et de temps de la part de leurs collègues addictologues.

*M13 « C'est pas compliqué par apicrypt, un petit mot : « Il est bien venu, il est pas venu, il a ça comme traitement... » Avec l'informatique ça c'est facile, on a rien. (Ton blasé) »*

### **4.4- Un manque de temps des spécialistes perçu par les médecins généralistes**

Pour le médecin généraliste, le personnel du réseau d'addictologie manque aussi de temps. Il n'est donc pas complètement satisfait de la prise en charge effectuée.

*M8 « j'ai pas la sensation que les gens qui accompagnent en addicto aient beaucoup plus de temps quoi ! La plupart des gens me disent « Bah, ouais je l'ai vu, ça va, hop, au revoir ! ». »*

**Des difficultés organisationnelles entre les structures spécialisées en addictologie et le médecin généraliste représentent une limite à la prise en charge de la problématique.**

## **IX- Les aspects positifs et négatifs de l'approche du trouble de l'usage de l'alcool par les médecins**

### **1- Les aspects positifs**

#### **1.1- La bonne connaissance du réseau spécialisé avec lequel ils travaillent**

Quelques médecins connaissent bien le réseau d'addictologie de proximité et se sentent bien entourés par les structures d'addictologie.

*M3 « si j'ai des difficultés y'a l'addictologie pas loin (rires), on a un accès assez facile avec l'addictologie en fait si c'est compliqué. »*

D'autres ont assisté à des réunions d'informations sur le réseau d'addictologie local afin de mieux orienter leurs patients.

*M13 « j'ai assisté euh, y'a deux, trois ans à une réunion où on était, où on nous a présenté toutes les structures de soins au niveau de la psychiatrie avec l'addicto etcetera et euh... j'ai assisté hein ! »*

#### **1.2- Les médecins ont intégré certains aspects de la prise en charge addictologique dans leur propre pratique**

##### **1.2.1- L'écoute du patient**

Laisser le patient s'exprimer et l'écouter peut représenter une aide précieuse pour le patient.

*M9 « La semaine suivante il m'avait dit que ça allait mieux, pendant une semaine il n'avait pas consommé. Rien que le fait d'en discuter ça semble l'avoir aidé »*

##### **1.2.2- La déculpabilisation**

La déculpabilisation d'un mésusage d'alcool est un élément essentiel lors de l'abord de l'alcool afin d'obtenir une relation de qualité avec le patient.

*M5 « quand on a abordé le problème de l'alcool, on a vu qu'on soulageait tout le monde et ça fait à peu près un an qu'on suit, et au départ on a commencé à déculpabiliser »*

##### **1.2.3- La confiance**

La confiance du médecin envers son patient est également requise pour aborder des sujets intimes et épineux tels que l'alcool.

M7 « *A contrario les femmes qui vont m'en parler je pense qu'elles ont confiance en moi tu vois [...]*  
*Par exemple la dame, [...] c'est elle qui a abordé le sujet, je lui ai pas posé la question et elle m'en a*  
*parlé tiens la semaine dernière. Je l'ai vue en consult, et c'est elle qui a abordé le sujet*  
*spontanément. »*

La relation de confiance passe aussi par le respect de ce que dit le patient.

M11 « *et puis on a été formé à nous dire qu'ils minimisent toujours. Moi j'ai toujours envie de dire*  
*que je crois les patients parce qu'enfin je veux dire si on veut avoir une alliance thérapeutique faut*  
*aussi les croire. »*

La notion de secret médical a été évoquée par trois médecins.

M6 « *Et puis surtout garder le secret parce que, voilà c'est... Oui il faut se débarrasser des parents. »*

M13 « *J'ai un cabinet où les portes sont fermées ! (Rires) Donc ça doit aider. »*

#### **1.2.4- L'empathie**

L'empathie est également essentielle dans l'abord des consommations d'alcool avec les patients.

M6 « *Beaucoup d'empathie, et puis euh voilà, de toute façon on soigne les gens pour qui on a de*  
*l'empathie, sinon il faut lâcher l'affaire (Rires). »*

#### **1.2.5- L'adaptation du médecin au patient**

S'adapter au patient pour faciliter le dialogue et s'en rapprocher.

Cela peut passer par l'emploi de mots ou d'expressions en fonction de l'âge.

M8 « *On en parle encore dans des termes ou je suis pas trop éloigné d'eux quoi, c'est-à-dire que c'est*  
*pas difficile voilà : « Tu t'es mis une caisse, qu'est-ce qu'il s'est passé ? ». Enfin on peut essayer de*  
*parler... »*

#### **1.2.6- Le placement du patient en tant qu'acteur de sa prise en charge**

Certains placent le patient au centre de la prise en charge en tant qu'expert pour choisir son objectif.

M1 « *quelle est la demande du patient »*

D'autres signifient au patient la présence d'un problème et se montrent disponibles pour l'aider tout en le responsabilisant : le patient qui est acteur de sa prise en charge.



M5 « Oui moi j'amorce le problème, j'essaie de voilà, j'essaie de pointer le problème, de leur dire qu'on peut les aider et quand je sens qu'ils sont prêts... Et là je les laisse faire par contre, je ne prends aucun rendez-vous avec les alcoologues. »

### **1.2.7- L'exploration de la problématique et investissement dans la prise en charge**

Certains médecins dépassent l'abord et s'investissent dans la prise en charge.

M5 « je leur propose donc je leur dis : « Si vous avez besoin qu'on vous aide je peux vous aider ; mon aide c'est ça : je vous vois une fois par semaine » »

D'autres donnent les informations permettant au patient de comprendre les liens entre le mésusage d'alcool et certaines pathologies.

M11 « j'ai eu un monsieur que je suis pour un problème de goutte euh et y'avait un problème d'intoxication alcoolique et je lui ai expliqué les liens »

### **1.2.8- Le temps nécessaire au changement, élément bien perçu des médecins**

Dix médecins sur treize ont intégré et accepté l'aspect progressif du phénomène de changement et s'adaptent au rythme de progression du patient en lui laissant le temps nécessaire.

M8 « les stades pré contemplatifs, je pense qu'il faut se laisser du temps, du temps d'en parler un petit peu tout le temps »

M12 « on se dit : « Bon, ben on réitérera la prochaine fois, on re répètera la prochaine fois » [...] Peut-être qu'il sera plus prêt, oui effectivement. »

### **1.3- La vision du trouble de l'usage de l'alcool comme une maladie chronique**

Plusieurs médecins considèrent bien le trouble de l'usage de l'alcool comme une maladie chronique et ont intégré la nécessité d'une prise en charge globale.

M1 « faut tout prendre d'un coup, fin... On peut pas dire euh, ben, faut essayer de prendre l'addiction dans son ensemble. »

### **1.4- La disponibilité du médecin**

Parler d'alcool avec un patient requiert pour le professionnel de santé d'être disponible et ce même de manière inopinée. Les médecins participants reconnaissent cet aspect et font leur possible pour aménager leur emploi du temps et se rendre disponible auprès de leurs patients.

*M10 « si quelqu'un commence à lâcher je ne le fous pas dehors en disant « Ecoutez on va reprendre rendez-vous pour parler de ça ». Parce que je pense que les gens enfin les patients ne s'ouvrent pas de manière euh... En général, s'ils se mettent à s'ouvrir c'est qu'ils ont ouvert le volet et ils vont le refermer si on... »*

*M11 « Alors le temps de consultation, s'il y a besoin de temps, je le prends, j'ai organisé mon emploi du temps pour pouvoir avoir des plages horaires, potentiellement plus longues mais inopinés, ça ne se programme pas. Donc ça mon emploi du temps me le permet »*

### **1.5- Les connaissances des médecins**

Plusieurs médecins interrogés se sont montrés investis par leurs connaissances sur le sujet, leur participation à des formations en alcoologie, leur présence à des réunions d'information sur le réseau local ou leur fort attrait pour le domaine de l'addictologie et la communication.

#### **1.5.1- Des médecins au fait de l'évolution récente des normes OMS**

Les repères de consommations d'alcool ont récemment évolué en 2019. Deux médecins avaient déjà intégré les évolutions lors des entretiens effectués. Il existe donc une bonne mise à jour des connaissances chez ces médecins.

*M4 « Ah oui oui je leur dis ce qui est recommandé, ça a changé y'a pas longtemps d'ailleurs, Oui oui ça je leur dis ça.*

#### **1.5.2- La participation à des formations, la lecture de revues sur le sujet**

Plusieurs médecins ont participé à des formations montrant leur intérêt pour le sujet.

*M3 « on avait fait un stage de motivation, c'était plutôt addicto, c'était plutôt... [...] On avait fait un truc sur la motivation, l'entretien motivationnel voilà le terme. [...] je suis plus à l'aise, plus à l'aise pour l'entretien motivationnel ce qui est le plus important pour ... »*

### **1.6- L'appétence des médecins**

#### **1.6.1- Des médecins ayant une attirance pour le domaine**

Certains médecins interrogés ont un attrait pour le domaine de l'addictologie et de la psychiatrie.

*M8 « Je me suis beaucoup intéressé quand je me suis installé à essayer de faire des entretiens motivationnels et pour la clope et pour les drogues et pour l'alcool »*

### 1.6.2- Le goût pour la communication

Plusieurs praticiens se sont montrés investis par leur attrait pour la communication avec les patients et leur sens d'écoute.

M6 « *parce que j'aime bien ça, j'aime bien la psychiatrie, j'aime bien avoir le temps de discuter avec les gens. Donc moi je trouve que ça passe très bien dans la consultation de médecine générale, ça fait la, ça fait le côté varié qui est passionnant en médecine générale* »

### 1.7- L'abord du sujet également en dehors du cabinet

Un médecin a montré également son investissement pour le sujet en participant à des actions de prévention des risques liés à l'alcoolisation aiguë auprès des adolescents.

M8 « *moi j'ai fait un peu de prévention euh au lycée pour le \*\*\*(nom d'un évènement festif public) [...] Ou justement on expliquait qu'on a droit de faire la fête mais faut pas, voilà faut faire attention quoi.* »

**Malgré des difficultés nombreuses, la majorité des médecins se montrent investis de diverses manières pour aborder et prendre en charge les patients.**

## 2- Les aspects négatifs

### 2.1 Un repérage tardif et une évaluation floue de la consommation d'alcool

#### 2.1.1- La quantification est imprécise basée sur l'impression, le ressenti du médecin

M1 « *je lui ai demandé simplement euh, comment il évaluait sa consommation. Après pour tout ce qui est consommation j'ai aucune idée de... niveau des unités d'alcool j'ai vraiment fait au feeling quoi,* »

#### 2.1.2- La méconnaissance des questionnaires existants

Des médecins proposent l'instauration de questionnaires en salles d'attente ou d'affiches de prévention. Ces dispositifs existent déjà.

M2 « *Je pense qu'il faudrait faire un questionnaire en salle d'attente, éventuellement* »

M7 « *Ce qui pourrait aider, je sais pas hein, mais c'est de mettre des petits dépliants dans les salles d'attente, du genre : « je consomme de l'alcool, parlez-en à votre médecin ». Pour les ados, je me dis ça pourrait être pas mal.* »

### 2.1.3- La méconnaissance des normes de consommations recommandées

Certes, notre étude a été réalisée peu de temps après la diffusion des nouvelles normes de consommations recommandées, mais plusieurs médecins ont une vision erronée des doses recommandées.

*M1 « j'ai du mal à me rendre compte de ce que représente une unité d'alcool, surtout que moi-même je consomme pas spécialement, donc euh... ce que je me dis c'est qu'un verre de vin c'est encore à peu près toléré pour une femme par exemple, en gros et je crois deux verres de vin pour un homme ou quelque chose comme ça »*

### 2.1.4- La mauvaise évaluation de la consommation d'alcool

Une consommation d'alcool peut être considérée comme non problématique ou sans trouble de l'usage alors qu'elle est en réalité au-delà des normes, entraînant même des répercussions biologiques.

*M9 « une consommation qui peut me sembler soit normale hein deux verres par jour maximum, soit modérée mais sans être grave, grave je dirais comme ça environ soixante- dix, cent grammes d'alcool par jour »*

Un médecin minimise la consommation d'alcool, elle est banalisée car habituelle pour la majorité des patients habitant dans une zone rurale donnée.

*M10 « ils ont tous des VGM à quatre-vingt-dix-huit chez nous, TOUS ! Des Gamma-GT à la limite sup de la normale, des Gamma-GT le labo ici ça doit être soixante-sept, des gamma-GT à allez, jusqu'à quatre-vingt dix, cent, ça m'alarme pas »*

### 2.2- Le médecin impose son objectif

Le médecin peut se montrer directif et imposer l'abstinence.

*M5 « Moi je suis pour aucun alcool, je ne suis pas pour des réductions de dose au long cours. Je veux dire si l'on sèvre, on sèvre. »*

Certains cherchent à convaincre plus qu'à motiver ce qui peut induire l'augmentation de la résistance du patient.

*M7 « j'ai voulu lui donner des arguments pour aller à la cure, mais j'ai l'impression que ce que je lui disais, ça l'a pas trop convaincu du coup. »*

### 2.3- La prescription de benzodiazépines avec l'alcool

Certains médecins prescrivent des benzodiazépines aux patients qui ont un trouble de l'usage de l'alcool hors contexte de sevrage.

De plus, dans le cas de M2, les benzodiazépines sont prescrites selon les dires de l'épouse en l'absence du patient et par conséquent sans suivi.

*M2 « Donc je l'ai mis sous seresta le soir parce qu'en fait c'était le soir, il picole en fait le soir [...] puis j'ai vu sa femme hier pour autre chose qui m'a dit, il a arrêté le seresta parce que ça le faisait trop dormir donc je lui ai refilé du 10 en lui disant qu'il fallait pas qu'il lâche l'affaire donc il est sous seresta 10 depuis hier »*

**Il existe quelques points négatifs dans la prise en charge des patients notamment le repérage tardif des troubles et la méconnaissance de certains éléments théorique.**

## **X- Les perspectives d'amélioration**

Afin de réduire les difficultés pour parler d'alcool avec les patients les médecins interrogés ont énoncé quelques pistes d'amélioration pour rendre l'abord plus aisé.

### **1- Trouver du temps**

La limite principale évoquée par l'ensemble des participants était le temps. Dans beaucoup d'entretiens, malgré leurs efforts, les médecins sont frustrés du peu de temps qu'ils ont à accorder à leurs patients. Plusieurs d'entre eux ont donc évoqué des solutions afin de prendre plus de temps pour parler d'alcool avec leurs patients.

Adapter son emploi du temps pour passer plus de temps avec le patient et ne pas être pressé est une piste d'amélioration.

*M1 « c'est plus simple d'avoir le dernier patient qui vient pour sa demande de sevrage, pour parler de son problème d'alcool, parce qu'on sait qu'il n'y aura personne derrière »*

Une piste évidente d'amélioration mais difficile à mettre en œuvre est l'augmentation du nombre de médecins généralistes afin de réduire la charge de travail de chacun pour qu'ils puissent passer plus de temps avec chaque patient.

*M7 « après pour pouvoir passer plus de temps avec les patients faudrait qu'il y ait plus de médecins en vrai, on en revient toujours à ça ! (Rires) »*

Une solution en vogue actuellement est la télémédecine, elle a été évoquée par un praticien. Elle pourrait peut-être permettre de diminuer les délais de consultations de spécialistes.

*M7 « Peut-être, je pense que la télémédecine ça pourrait aider parce qu'en soit faire une évaluation par un addicto ça peut être fait par caméra je pense. »*

### **2- L'amélioration du dépistage et de la prévention**

Pour plusieurs médecins, augmenter le nombre d'actions de prévention et de repérage en salle d'attente, en consultation et en dehors du cabinet médical pourraient être des pistes d'amélioration.

#### **2.1- Au cabinet médical**

##### **2.1.1- Le changement dans la pratique médicale**

Deux médecins conscients de ne pas repérer certains patients avec une consommation à risque pensent que l'abord devrait devenir systématique et qu'ils doivent eux-mêmes faire la démarche.

M8 « Bah, \*\*\*(surnom de M8) pose un peu systématiquement la question », voilà est-ce que tout simplement : « Sinon votre consommation d'alcool ? » Point quoi ! C'est à moi de me bouger là-dessus quoi ! »

### **2.1.2- La présence de questionnaires et fiche d'information**

Cinq praticiens évoquent comme piste d'amélioration la majoration du dépistage au cabinet médical comme par exemple la présence de fiches d'information ou de questionnaires en salle d'attente qui permettrait d'introduire le sujet. Cependant, ces affiches d'information et ces questionnaires existent déjà.

M2 « Je pense qu'il faudrait faire un questionnaire en salle d'attente, éventuellement. [...] Pensez-vous avoir un souci avec l'alcool ou j'en sais rien, combien de verres consommez-vous la semaine et puis pendant qu'ils attendent dans la salle d'attente euh il remplit le questionnaire et puis ils nous l'apportent et après on voit bien si y' a un souci... [...] pour des patients qui n'aborderaient pas spontanément, et là ou toi tu n'aurais pas de doute au moins... »

### **2.1.3- La renforcement de l'information grand public, et en milieu scolaire**

Il peut s'agir du renforcement de l'information de la consommation à risque pour le grand public. Selon lui, la population est informée du risque de l'alcoolisation aiguë ou chronique à hautes doses mais moins de la consommation à risque.

M8 « est-ce qu'on présente bien aux gens le risque d'une consommation modérée d'alcool ? Je ne le crois pas, c'est-à-dire je pense pas qu'il y ait une information suffisante pour dire que... [...] Tu vois, on sait que c'est mal de se mettre une grosse murge, on sait que c'est mal de picoler comme un trou pendant des années, mais est-ce qu'on sait que c'est potentiellement dangereux d'avoir une consommation de dix verres par semaine enfin au-delà de dix verres par semaine, non y'a pas d'info là-dessus, c'est pas connu. »

L'abord du sujet en milieu scolaire est une perspective d'amélioration reprise par trois praticiens.

M11 « l'aborder au moment scolaire mais sûrement d'une façon très répétitive chez les enfants en primaire, au collège et même au lycée »

## **3- La formation**

Une des limites évoquées par quelques médecins était leur manque de formation en alcoologie.

Ils sont donc plusieurs à évoquer des pistes d'amélioration sur le renforcement de la formation en addictologie au niveau universitaire mais également en formation continue.

La formation universitaire semble insuffisante et son renforcement durant les études de médecine pendant les premières années mais aussi durant l'internat permettrait d'améliorer les choses selon trois participants.

*M11 « dans notre formation ! Je pense, alors moi ma formation elle date un petit peu je pense que ça s'est amélioré mais je pense que dans notre formation oui. »*

M1 évoque aussi la formation individuelle comme le suivi d'une consultation d'un médecin addictologue.

*M1 « ce que je trouverais pas mal c'est euh peut-être juste d'assister à un entretien, qu'on soit amené à assister à un entretien d'addicto voir un peu comment ça se passe. »*

Un autre médecin exprime le souhait d'une session d'addictologie lors des réunions de groupe de pairs.

*M7 « Enfin même le GQBN il pourrait faire une session pour faire un rappel, ça pourrait être pas mal. »*

#### **4 – L'amélioration de la communication et de la répartition des tâches entre le médecin généraliste et les structures spécialisées.**

Certains médecins se sentent isolés avec leurs patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool ce qui représente pour eux une limite à leur prise en charge. La communication entre le médecin spécialiste et le généraliste est également un élément qui fait défaut.

Plusieurs pistes ont donc été évoquées pour tenter d'améliorer les choses comme une meilleure répartition des rôles entre le médecin généraliste et les autres professionnels de santé, une meilleure communication entre eux ou encore l'utilisation des nouvelles technologies pour favoriser les contacts entre le médecin généralistes et les structures spécialisées.

##### **4.1- L'aspect social**

L'aspect social est difficile à gérer pour le médecin généraliste, organiser la venue d'une assistante sociale ou cabinet médical est une idée d'amélioration.

*M2 « c'est pas mon rôle quoi j'ai pas envie de m'occuper de ses aides, de machin, et pourquoi pas proposer un truc avec une assistante sociale en couplé, on pourrait faire venir une assistante sociale dans le cabinet une fois tous les mois et tous nos problèmes sociaux on les... »*



#### **4.2- L'amélioration de la communication avec les structures d'addictologies**

Pour d'autres, la communication avec le réseau d'addictologie est trop faible et le renforcement de cette dernière pourrait aider les médecins généralistes.

*M13 « un souhait c'est plus de communication [...] De la part des structures qui prennent en charge, de faire un point régulièrement. »*

La communication pourrait être facilitée par l'utilisation des nouvelles technologies comme nous le montre ce médecin qui participe à la création d'une application d'aide à la communication entre les professionnels de santé.

*M7 « c'est les professionnels de santé d'une région qui s'inscrivent dessus et tu peux faire appel à eux via des notifications. Par exemple : « J'ai monsieur untel qui veut faire une cure... » [...] Donc t'as un addictologue qui est inscrit sur l'application, tu lui envoies une demande et lui il te répond, il dit « bah tiens, moi je peux le voir tel jour à telle heure ». Tu peux mettre ça déjà en place. [...] Oui c'est bien, donc je pense, dans l'addictologie ça pourrait être utile à tout le monde. »*

#### **5- L'adaptation de la législation**

Pour améliorer les choses des participants ont mis en avant l'aspect légal, ils souhaitent une législation plus ferme par souci de clarté et de cohérence.

*M4 « La législation, il faudrait zéro gramme. Jusqu'à zéro cinq... Donc la loi autorise à boire...jusqu'à zéro cinq. Enfin moi je vois ça comme ça. »*

*M11 « je crois que c'est en vigueur maintenant, mais que les alcooliers arrêtent de financer les soirées étudiantes parce que c'est quand même assez catastrophique euh. »*

#### **6- Le changement du regard de la société sur la personne atteinte d'un trouble de l'usage de l'alcool**

La vision péjorative de l'alcool constitue une limite pour parler d'alcool : pour ce médecin il faut essayer de rendre l'image moins négative du patient souffrant d'un trouble de l'usage de l'alcool.

*M11 « et surtout euh, et puis dans l'image qu'on donne de la personne. Parce que l'alcoolique si on fait un peu le terme générique ça a quand même très mauvaise presse quoi dans tous les domaines. »*

**Certaines pistes d'amélioration sont déjà des solutions existantes, en revanche les médecins amènent de nouvelles perspectives qui peuvent contribuer à améliorer l'abord du sujet.**

# **DISCUSSION**

## **I- Les forces et limites de l'étude**

### **1- Les points forts de l'étude**

#### **1.1- L'originalité du thème**

La force principale de ce travail réside dans son originalité. En effet, il existe de nombreuses études réalisées en alcoologie notamment sur le repérage du trouble de l'usage de l'alcool, la dépendance et la prise en charge des patients. Cependant, peu d'études s'intéressent à l'abord en lui-même.

#### **1.2- Une méthode innovante et appropriée**

Par ailleurs, la méthode qualitative renforce cet aspect original. Beaucoup d'études sur le thème de l'alcoologie utilisent la méthode quantitative afin d'aboutir à des résultats chiffrés et des statistiques. Dans le cadre de notre enquête, la méthode qualitative était plus appropriée pour deux raisons :

-La première vient du fait que nous sommes intéressées aux expériences des médecins généralistes. Ces données sont non quantifiables, et répondent donc plus à une méthode qualitative qu'à une méthode quantitative.

-La seconde raison est le thème de notre étude. L'alcool est sujet à controverse du fait de son ancrage dans la société mais aussi par son aspect destructeur. Il nous a donc semblé intéressant de laisser les participants s'exprimer sur le sujet en évitant ainsi les facteurs de suggestion plus présents dans la méthode quantitative.

Le recueil des données par des entretiens individuels semi directifs présentait l'avantage de disposer de questions ouvertes destinées à laisser le participant libre de sa réponse, de le relancer mais permettait également de recentrer les participants sur le sujet lorsque ces derniers s'en éloignaient.

#### **1.3- Un échantillon diversifié**

Par ailleurs, nous avons recruté des médecins exerçant dans des zones géographiques diversifiées du département de la Manche et situées dans différents milieux : urbain, semi rural, rural. Nous avons également pris le soin d'interroger des hommes et des femmes même si le sexe masculin est plus présent dans notre échantillon (9 hommes et 4 femmes). L'expérience professionnelle a également été prise en compte allant du médecin tout juste sorti du cursus universitaire jusqu'au médecin à l'aube de la retraite. L'attention ainsi portée à ces différentes caractéristiques nous a permis d'obtenir un échantillon diversifié.

#### **1.4- Une analyse triangulée et évaluée**

L'analyse de la chercheuse a été complétée par une seconde analyse réalisée par la directrice de thèse. Cette triangulation permet de limiter les facteurs de suggestibilité.

Enfin, ce travail a été évalué à l'aide de la grille COnsolidated criteria for REporting Qualitative research (COREQ) (28). Cette grille présente les éléments requis de la conception de l'étude qualitative.

#### **1.5- Des réponses spontanées**

Un autre point fort de notre travail est la spontanéité et l'aisance avec lesquelles les médecins ont répondu au cours des entretiens. En effet, l'utilisation d'un vocabulaire familier et la présence de phrases exclamatives reflètent l'absence d'appréhension durant l'interview. Aussi, certains se sont laissés aller à la confiance, nous racontant parfois des situations personnelles ou issues de leur entourage proche.

### **2- Les limites de l'enquête**

Les points faibles de ce travail sont principalement liés à la méthode.

#### **2.1- Un biais de recrutement**

Le recrutement a certes été effectué dans un premier temps au hasard, puis nous nous sommes aidés du bouche à oreille dans le but d'obtenir un échantillon diversifié. Ainsi, certains participants étaient connus de la chercheuse, ceci pouvant entraîner une gêne dans le dialogue et par conséquent limiter les données recueillies.

#### **2.2- Un biais de sélection**

Le biais de sélection fait aussi partie des limites de notre étude. En effet, notre échantillon comporte une large majorité d'hommes ainsi qu'une faible représentation des médecins du nord de la manche. En effet, nous avons essuyé plus de refus lors du premier contact téléphonique chez les médecins du nord Cotentin. Ceci peut être attribué à la présentation de la chercheuse lors du premier contact qui notifiait travailler dans le sud Manche. On peut supposer que les médecins voisins étaient plus sensibles à répondre à cette enquête que les médecins éloignés géographiquement. La méthode du bouche à oreille utilisée secondairement a également amplifié ce phénomène.

#### **2.3- Un biais d'environnement**

Ensuite, le lieu de réalisation de l'entretien était laissé au choix du participant. Il leur était mentionné oralement lors de la prise de contact que notre interview durerait en moyenne quarante minutes et qu'il était préférable de choisir un endroit calme. Mais les contraintes professionnelles des médecins

nécessitaient souvent que l'enquête soit réalisée au cabinet médical, endroit où ils peuvent être facilement dérangés. Néanmoins, nous avons été interrompus par le téléphone lors d'un seul entretien. Les entretiens n'ont pas tous été réalisés au même moment de la journée ou de la semaine. On peut supposer que certains entretiens effectués après une longue journée de travail ou entre deux consultations aient été moins riches que d'autres effectués lors d'une journée de congé.

#### **2.4- Un biais de préconception et d'intervention**

Au cours des entretiens, notre manque de relance ou à l'inverse notre excès d'intervention, la présence de questions fermées a pu influencer les réponses des participants.

Ce biais d'intervention peut être associé au biais de préconception. En effet notre étude préalable de la littérature a pu nous amener à vouloir faire ressortir certains éléments particuliers lors des entretiens.

## **II- Discussion des résultats**

### **1- Plusieurs façons d'aborder le sujet**

#### **1.1- L'abord de l'alcool plus opportuniste que systématique**

Comme nous l'avions supposé avant d'effectuer notre étude, l'alcool est peu abordé de manière systématique chez les médecins interrogés. D'ailleurs, beaucoup d'entre eux ont été en difficulté lors de notre première question qui les interrogeait sur la proportion de leurs patients ayant un problème d'alcool. Les réponses étaient souvent hésitantes et imprécises. Le statut alcoologique de leurs patients est souvent méconnu. On retrouve cette tendance dans la littérature. En effet, dans une étude de 2003 (26); il a été mis en évidence que seulement 7% des Français ayant consulté leur médecin généraliste au cours de l'année avaient eu une conversation sur l'alcool.

L'abord de l'alcool en médecine générale n'est donc pas systématique. Il a lieu en général lorsque les troubles liés à l'alcool sont déjà installés de manière plus ou moins importante (29–31). En effet, dans notre étude, la majorité des médecins a évoqué aborder le sujet quand ils ont un doute ou une suspicion. C'est-à-dire qu'ils émettent l'hypothèse qu'il existe un mésusage d'alcool puis en parlent à partir du moment où les répercussions sont déjà présentes. Malgré cela, les médecins interrogés définissent principalement leur rôle dans ce domaine comme étant un rôle de détection et de premier recours. Ils sont donc bien conscients d'être les acteurs principaux dans la détection d'un mésusage d'alcool, mais pour autant l'abord systématique n'est pas couramment pratiqué ; cela témoigne de l'ambivalence des médecins généralistes.

Comme nous le dit le Docteur DOR dans un article de revue médicale belge (32) : « *Aborder la question de l'alcool à chaque consultation est illusoire, mais l'aborder avec chacun de nos patients, dans une optique d'être systématique, l'est beaucoup moins.* » Effectivement, l'abord systématique au cours de chaque consultation avec le patient n'est pas réalisable ni même souhaitable, mais un abord systématique à une fréquence donnée par exemple une fois par an comme recommandé par la SFA (19) permettrait aux médecins de suivre et connaître le statut alcoologique de leurs patients (comme c'est le cas pour l'hypertension artérielle, le diabète et les dyslipidémies) et ainsi d'en prévenir d'éventuelles conséquences. C'est également ce que préconise le conseil scientifique du collège national des généralistes enseignants dans un avis paru en juin 2019 (33).

#### **1.2- Un abord opportuniste**

Bien que l'abord du sujet chez nos participants ne soit pas systématique il est cependant opportuniste. Le terme opportuniste est évoqué ici sans connotation négative. C'est-à dire que les médecins s'appuient sur certains éléments pour initier le dialogue. Cette attitude est retrouvée dans la littérature notamment dans l'étude « Parler d'alcool reste un sujet tabou » (29).

### **1.2.1- Le bilan biologique**

L'outil de prédilection utilisé pour aborder l'alcool chez les médecins interrogés dans notre étude est le bilan biologique. Ce dernier est mentionné dans chaque entretien parfois à plusieurs reprises, ce qui montre l'attachement fort des praticiens à cet examen, ainsi que le côté rassurant de l'aspect somatique que maîtrisent davantage les médecins généralistes.

L'augmentation du VGM et l'augmentation des GGT sont les éléments généralement prescrits par les médecins interviewés. Ces derniers prescrivent cet examen pensant y retrouver une anomalie qui permettrait d'introduire le sujet avec leurs patients. L'anomalie du bilan biologique sert donc de preuve aux médecins, qui on peut le supposer, se sentent alors plus légitimes pour aborder le sujet. Le bilan biologique est donc utilisé comme outil. Cette pratique est accessible, peu coûteuse, rapide, et peu invasive pour le patient. De plus, ces dosages sont le plus souvent intégrés à un bilan biologique général ce qui minimise les éventuelles réticences du patient. Cette attitude est confirmée notamment par la thèse d'Audrey Liégeard (34) qui met en évidence que les médecins généralistes utilisent l'augmentation du VGM et des GGT comme outil de repérage.

Les données de la littérature « condamnent » cependant cette pratique : La revue de la littérature sur le sujet menée par Florent PINARDON en 2013 (35) a montré que « la performance des GGT n'est pas supérieure à l'interrogatoire. La seule utilisation biologique ne doit pas servir à aborder l'alcool ». Le docteur Philippe Michaud (30) va dans le même sens : « *renoncez aux dosages biologiques comme instrument de repérage : « ils sont cinq fois moins sensibles qu'un questionnaire ».*

### **1.2.2- La présentation du patient et l'examen physique**

La mise en évidence de certains signes pouvant témoigner d'une consommation régulière d'alcool lors de l'inspection du patient comme des tremblements, ou un faciès couperosé, permet chez certains médecins d'aborder l'alcool. Il en est de même pour certaines anomalies repérées à l'examen physique telles une hépatomégalie, ou un ictère. Ces signes cliniques peuvent effectivement être évocateurs d'un mésusage d'alcool, apparaissent cependant tardivement. Leur présence témoigne d'un trouble de l'usage de l'alcool déjà ancien et sévère. Parler d'alcool à ce stade est effectivement indispensable mais ces méthodes d'abord ne permettent pas de repérer les patients qui auraient actuellement, une consommation à risque sans répercussion à l'examen clinique c'est-à-dire un usage à risque.

### **1.2.3- Les symptômes psychiques**

La santé psychique des patients est un élément auquel s'intéressent les praticiens. Ils sont plusieurs à évoquer l'anxiété, la tristesse, les troubles du sommeil comme porte d'entrée à l'abord de l'alcool. Il est fréquent que les patients consultent pour ces motifs mais ces derniers font rarement eux-mêmes le lien avec un mésusage d'alcool. Ces éléments sont donc évocateurs d'une écoute et d'une analyse attentive des symptômes du patient de la part des médecins interrogés. Contrairement à ce qu'on a pu

trouver dans la littérature, les médecins de notre étude semblent attentifs aux symptômes psychiques et font le lien avec un possible trouble de l'usage de l'alcool. L'étude menée par Jean Claude Bouix (29) montre que seulement 10% des médecins interrogés évoquent l'alcool devant des symptômes psychiques.

#### **1.2.4- Les conséquences d'un mésusage**

Certains praticiens s'appuient sur les conséquences d'un mésusage pouvant être aigu ou chronique pour inviter le patient au dialogue. Une rixe, un problème de justice ou une sortie d'hospitalisation sont des éléments sur lesquels les médecins s'appuient pour parler d'alcool avec leurs patients. Saisir cette opportunité à l'occasion d'un dommage secondaire à un mésusage d'alcool est certes primordial pour le médecin traitant. Cependant, le repérage du mésusage est tardif puisqu'il a lieu au moment de la mise en évidence de répercussions.

Toutes ces situations sont des occasions pour les médecins d'aborder l'alcool avec les patients. Mais dans ces situations l'alcool est abordé lorsque le patient a déjà un trouble de l'usage. Des études confirment ce résultat comme la thèse de Gontran LE ROY (36). Son étude montre en effet que plus de 9 médecins sur 10 recherchent souvent ou toujours un trouble de l'usage de l'alcool en cas de signe clinique, biologique ou résultat morphologique qui montrerait une complication. Aborder le sujet à ce stade est indispensable mais il est important pour le médecin d'en parler en amont.

En revanche, les médecins interrogés nous ont également fournis des éléments montrant qu'ils n'attendent pas toujours qu'un trouble de l'usage de l'alcool soit installé pour en parler. L'interrogation sur le tabac est une porte d'accès prisée par les médecins pour orienter ensuite la discussion sur l'alcool. La consultation de routine est aussi un moyen d'aborder le sujet.

#### **1.2.5- L'association alcool-tabac à l'interrogatoire**

L'alcool est souvent associé au tabac dans les modèles d'interrogatoires enseignés dans les facultés de médecine.

Certains profitent d'une question sur le tabac pour enchaîner sur les consommations d'alcool, même si l'abord du tabac est réalisé plus fréquemment que l'abord de l'alcool. Un interviewé s'en est rendu compte au cours de l'entretien. Il affirme régulièrement poser la question du tabac et se rend compte que « *bizarrement* » il n'interroge pas ses patients sur leur consommation d'alcool. Dans un article écrit par Philippe Michaud et François Bloedé (30) cet aspect est repris, les médecins se sentent plus à l'aise pour interroger les patients sur leur consommation de tabac du fait des prescriptions possibles et ainsi du sentiment d'utilité. De plus, la consommation de tabac n'est pas associée aux représentations et à la vision péjorative que véhicule l'alcool. Elle est perçue comme moins intime.



Poser une question sur l'alcool en même temps que le tabac lors d'une création de dossier, par exemple, représente une bonne opportunité de repérage. La simultanéité de ces questions va permettre de diminuer le sentiment de stigmatisation pouvant être perçu par le médecin ou le patient.

### **1.2.6- Des consultations propices pour aborder le sujet**

Certaines consultations sont propices à aborder le sujet comme l'ont évoqué plusieurs praticiens. La réévaluation d'ordonnance, la consultation pour un certificat de non-contre-indication à la pratique d'une activité sportive, peuvent être l'occasion de parler d'alcool. Ce sont de bonnes opportunités puisque le patient ne présente pas de doléance et est donc plus à l'écoute et attentif aux notions de prévention. Les recommandations de la SFA placent les consultations dites de routine en première position dans ses recommandations pour le repérage d'un mésusage d'alcool (19).

### **1.2.7- La connaissance du patient : Une particularité du médecin traitant**

En complément de l'interrogatoire et des différents examens, il est important de considérer la connaissance globale du patient et de son entourage. Le médecin traitant connaît souvent l'histoire individuelle et familiale du patient ainsi que ses différentes activités et son environnement. Il se sert parfois de ces éléments pour aborder le sujet.

L'ensemble de ces éléments témoigne de la multitude d'occasions pour le médecin d'aborder l'alcool avec ses patients comme le confirme l'étude menée par Virginie Thierry (37).

## **1.3- L'abord de l'alcool par le patient**

Nous pensons suite à nos lectures de la littérature sur le sujet que l'alcool était très rarement abordé de manière directe par le patient lui-même. Dans sa thèse, Gontran LE ROY (36) reprend des données de l'observatoire de médecine générale qui montre qu'en 2009 le motif de consultation « problème avec l'alcool » représente 1.4% de l'ensemble des consultations. Un article belge de 2019 (32) énonce également que l'abord de l'alcool se fait rarement par le patient lui-même. Néanmoins, dans notre étude les médecins ont révélé que l'abord de l'alcool provenait d'une démarche personnelle du patient, souvent lorsqu'un trouble de l'usage est présent. Ceci renforce l'aspect mis en avant par Michaud dans son étude de 2003 (26) : « le public fait confiance aux médecins ».

## **1.4-La place de l'entourage**

Un élément inattendu dans cette étude a été la place de l'entourage. Une alerte par l'entourage du patient est citée par l'ensemble des participants comme un moyen d'aborder l'alcool avec le patient. Là encore, la particularité du médecin généraliste, appelé aussi médecin de famille, est de suivre un ou

plusieurs proches du patient lui-même. Une consultation peut être l'occasion pour eux d'alerter le médecin d'un mésusage d'alcool présent chez un proche.

Une étude quantitative réalisée en 2017 (36) confirme cet aspect à savoir que l'initiative de d'une personne de l'entourage favoriserait l'abord pour 84% des médecins.

## **2-Les questions posées sont plus centrées sur le vécu du patient que sur une quantification précise**

### **2.1- Une évaluation généralement floue des consommations**

Même si quelques médecins quantifient les consommations d'alcool de leurs patients en utilisant la consommation déclarée d'alcool (CDA) et le concept d'unité standard, nombreux sont ceux qui évaluent les quantités d'alcool consommées de manière imprécise. Certains demandent le contexte de consommation, le type d'alcool consommé voire la fréquence quotidienne hebdomadaire ou occasionnelle mais restent imprécis. La quantification des consommations est souvent basée sur une impression ou un ressenti.

#### **2.1.1- Par manque de connaissances**

Des participants ne quantifient pas les consommations de leurs patients parce qu'ils manquent de formation théorique, ce que confirme la littérature (29,30,37).

#### **2.1.2- Une quantification jugée peu fiable par le médecin**

Plusieurs participants ont mentionné que les patients minimisaient leur consommation. Par conséquent, ils considèrent que cela entraîne un manque de fiabilité de la quantification. Une étude quantitative retrouve ce résultat (36) : « 9 médecins sur 10 ne pensent pas fiable la consommation déclarée d'alcool par le patient ». Pourtant, un article réfute cette idée (30) et demande aux médecins de faire confiance au consommateur. Même si le patient sous-estime sa consommation, les éléments déclarés librement seront plus fiables que ceux recueillis de manière contrainte.

#### **2.1.3- L'intérêt limité de la quantification précise**

Pour beaucoup des participants la quantification n'est pas primordiale : selon eux le mésusage est un problème global indépendamment de la quantité d'alcool consommée. Aucun participant n'a évoqué l'utilisation de questionnaires validés tels que l' « Alcohol Use Disorders Test » (AUDIT) ou la « Formule pour Approcher la Consommation d'alcool par Entretien » (FACE).

*Cf Annexe 7 et 8 : Questionnaire AUDIT (38) Questionnaire FACE (39).*

Ceci ne veut pas dire qu'ils ne l'utilisent pas mais on peut affirmer que ces tests ne font pas partie de la pratique courante de nos participants. Ils sont pourtant recommandés et ont été validés par de

nombreuses études mais très souvent délaissés par les médecins généralistes. La thèse de Thomas VANTELON (40) a mis en évidence que 87% des médecins de son étude n'ont jamais utilisé de questionnaire de dépistage.

En revanche, les données de la littérature mettent en avant l'intérêt d'une quantification précise dans le repérage du mésusage d'alcool ainsi que l'utilisation des questionnaires validés tels que AUDIT et FACE (41). L'utilisation de ces questionnaires dans le cadre du repérage fait partie des recommandations de la SFA (19). En effet, la quantification est primordiale dans le repérage afin de prendre conscience des patients ayant une consommation à risque, ces derniers étant bien plus fréquents que les patients alcoolodépendants.

#### **2.1.4- Le vécu du patient par rapport à sa consommation, les raisons à l'origine du mésusage**

Plus que la quantification des consommations, les raisons à l'origine du mésusage et le vécu du patient sont des éléments qui intéressent les médecins interrogés. Il est en effet important pour eux de connaître le vécu du patient par rapport à sa consommation d'un point de vue personnel, familial, professionnel ou social ainsi que les raisons l'ayant amené à consommer.

Il s'agit là d'un aspect positif car il montre l'implication du médecin auprès de ses patients. Ces éléments témoignent également de l'empathie du médecin. L'abord de l'alcool en médecine générale ne fait pas appel uniquement à des connaissances scientifiques, mais il fait appel également à l'attitude du médecin.

Cependant, cet aspect positif est à nuancer car le médecin ne doit pas non plus trouver « d'excuse » au patient qui consomme, il n'y a pas de « raison » pour consommer.

### **3- Un rôle affirmé de détection, de prévention en inadéquation avec la pratique**

#### **3.1- Un rôle de dépistage et de prévention affirmé par les médecins généralistes...**

Face à la problématique alcool, les médecins ont répondu naturellement que leur rôle principal était le dépistage du mésusage d'alcool. Il se définissent également comme le premier recours pour les patients. Les médecins interrogés affirment l'importance que le patient puisse venir leur parler d'alcool en premier.

L'ensemble de la communauté médicale confirme cette place centrale pour le médecin généraliste dans le dépistage des patients en difficulté avec l'alcool.

Les patients eux-mêmes confirment ce rôle pour les médecins généralistes. Une étude étrangère (24) corrobore ce résultat.

L'abord de l'alcool pour les médecins intervient notamment dans leur rôle de prévention. Certains expliquent aux patients les normes OMS, le concept d'unité standard et mettent en évidence les risques encourus par le patient lors d'un mésusage d'alcool. On remarque surtout qu'ils le font principalement avec les patients pour lesquels un trouble de l'usage de l'alcool est déjà installé.

### **3.2- ...mais en inadéquation avec leur pratique**

Par ces éléments, les médecins nous montrent effectivement que dépister et prévenir font partie de leur rôle de médecin généraliste. Néanmoins, les médecins sont très imprécis quant à leur estimation des problèmes d'alcool au sein de leur patientèle.

De plus, il existe des lacunes théoriques sur la quantification précise des consommations des patients à l'origine d'un repérage insuffisant. L'absence d'utilisation des questionnaires validés renforce cet aspect. Cette inadéquation a déjà été mise en évidence dans l'étude menée par Jean Claude Bouix en 2002 (29).

De plus, une faible partie de notre échantillon a évoqué le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB). Il semble que ce concept ne soit pas généralisé dans les cabinets en pratique courante malgré son déploiement depuis plusieurs années. En 2015, l'HAS a mis en place un outil simple d'aide au repérage et à l'intervention brève afin de repérer les consommations à risque et intervenir auprès des patients concernés.

Selon l'HAS (42), le repérage précoce concerne la consommation déclarée et repose sur un questionnaire qui évalue le risque encouru du consommateur. L'objectif étant de repérer les consommations à risque de dommages, à l'aide de seuils.

L'intervention brève est la suite immédiate du repérage précoce. Elle consiste à recueillir la consommation déclarée par le patient. Ensuite, le médecin délivre à son patient une information, sur les résultats puis l'informe sur le rapport entre sa consommation et les conséquences. Enfin, il demande au consommateur s'il envisage de réduire sa consommation et de quelle manière.

### **3.3- Un rôle d'accompagnement et de soutien**

Au-delà de l'abord de l'alcool, les médecins interrogés mettent en avant leur rôle dans l'accompagnement du patient, dans le soutien de sa démarche tout au long de la prise en charge. Cette attitude peut être attribuée à la particularité du métier de généraliste qui induit une prise en charge sur une longue durée de ses patients.

## **4- Les difficultés et lacunes des médecins à l'origine de perspectives d'amélioration**

Le manque de temps, de formation, le sentiment d'inutilité, et la crainte d'altérer l'alliance thérapeutique sont des difficultés largement retrouvées dans la littérature (29,30,34,36,37).

#### **4.1- Le manque de temps**

La consultation de médecine générale dure en moyenne 16,4 minutes selon une étude de la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) (43). L'alcool n'est souvent pas le motif pour lequel le patient consulte. Il s'agit d'un motif supplémentaire que le médecin doit aborder sans que le patient en fasse la demande. Ainsi, il est tout à fait compréhensible que les médecins perçoivent le temps comme un frein majeur. La réalisation du questionnaire, l'interprétation des résultats avec un retour immédiat fait au patient et l'explication de notions comme le verre standard et les seuils recommandés apparaissent chronophages. De plus, la démographie médicale actuelle implique que de nombreux médecins sont surchargés. Par conséquent, les médecins peuvent avoir tendance à répondre uniquement au problème ponctuel de leur patient au détriment des sujets de prévention. L'optimisation du temps passé par le patient en salle d'attente avec la réalisation d'un questionnaire et la lecture de fiches d'information proposées par les médecins et déjà existantes semble pouvoir aider le médecin à gagner du temps. Par ailleurs, la proximité et la disponibilité du médecin généraliste devraient permettre de proposer une consultation dédiée si un trouble de l'usage de l'alcool est repéré.

#### **4.2- Le manque de formation**

Bien que plusieurs médecins aient des acquis théoriques satisfaisants et fassent preuve d'une mise à jour régulière de leurs connaissances, certains présentent des lacunes théoriques dans le repérage et la prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool. Certains aspects de la prise en charge addictologique ne sont pas respectés comme l'absence de prise en compte de l'objectif du patient et l'implication paternaliste et directive du médecin. Enfin, quelques erreurs thérapeutiques ont été relevées notamment la prescription de benzodiazépines inadaptée et concomitante au trouble de l'usage d'alcool sans objectif de sevrage. Certains médecins y compris les praticiens ayant récemment terminé leur cursus universitaire ont exprimé le souhait d'amélioration de l'enseignement en addictologie et le besoin de formation. Quant aux participants ayant bénéficié d'une formation initiale ou post universitaire en addictologie, ils indiquent que leur formation est un facteur favorisant à aborder l'alcool plus sereinement en consultation.

Comme l'indique le rapport de la Cour des comptes (21), la formation universitaire est insuffisante et varie en fonction des régions. L'uniformisation de l'ensemble de l'enseignement et son développement pourraient concourir à l'amélioration du repérage et de la prise en charge des troubles de l'usage de l'alcool.

Par ailleurs, une formation théorique pourrait être complétée par une formation plus pratique afin d'aider les médecins à l'acquisition de certains aspects de la prise en charge addictologique comme l'entretien motivationnel. Des formations sous forme de jeux de rôle pourraient permettre aux médecins de s'exercer et ainsi aborder le sujet avec plus d'aisance dans le cabinet. La formation à

l'entretien motivationnel aurait l'avantage de leur servir aussi bien en addictologie que dans l'ensemble de leur pratique.

### **4.3- La peur de la réaction du patient**

La peur d'une mauvaise réaction du patient est une difficulté admise par plusieurs médecins interrogés. Cela peut amener parfois les praticiens à ne pas interroger leurs patients afin d'éviter une éventuelle dégradation de leur alliance. Cette crainte liée à la dimension intime de la consommation d'alcool a été confirmée par la littérature (41). Cependant, une fois le sujet abordé, les médecins ont un regard positif sur la relation qu'ils entretiennent avec les patients suivis pour un trouble de l'usage de l'alcool. Bien que la peur de la mauvaise réaction du patient soit une difficulté retrouvée dans la littérature, nous n'avons pas retrouvé de données spécifiques pour étayer le fait que les médecins soient plus à l'aise une fois le sujet abordé. Cet aspect semble en revanche évident si on tient compte de la confiance que les patients accordent aux médecins sur cette problématique : 88% des patients répondant à une enquête ont indiqué qu'ils estiment le médecin légitime pour les interroger sur leur consommation d'alcool (26). Il paraît donc nécessaire que les médecins se rendent compte de la confiance qui leur est accordée par les patients pour ainsi diminuer leurs appréhensions.

### **4.4- Un investissement important souvent déçu**

Déception, tristesse, découragement, inutilité et impuissance sont des sentiments retrouvés à travers les différents entretiens. L'investissement important des médecins dans la prise en charge des patients présentant une dépendance à l'alcool a pour beaucoup été déçu par des événements dramatiques, ou des rechutes inattendues. Ceci a pour conséquence pour certains d'entre eux, un détachement de la problématique alcool et ainsi la diminution du repérage et de la prise en charge des troubles de l'usage d'alcool dans leur patientèle. La vision omnipotente et scientifique de la médecine peut expliquer ces réactions. La succession du recueil des symptômes, examens clinique et complémentaires, traitement et guérison représente la vision classique de la médecine. Ce schéma est peu applicable en alcoologie. En effet, le parcours du patient présentant un trouble de l'usage de l'alcool se fait selon un processus de changement. Les différentes étapes ont été décrites dans un modèle : le modèle transthéorique des changements de Prochaska et DiClemente (44).

*Cf Annexe 9 : Les différents stades de changement (45)*

Le médecin doit donc prendre en compte cet aspect dans la prise en charge du patient et ainsi accepter le temps et les stades nécessaires au changement. La compréhension des stades de changement peut aider le praticien dans la prise en charge de son patient (46).

L'importance des émotions des médecins peut témoigner d'une implication trop forte, qui peut en partie être due au fait que la profession de médecin généraliste est encore très individuelle et qu'il y a peu de choses mises en place pour que les médecins puissent échanger sur leurs pratiques et ressentis.

Néanmoins, la participation à des groupes d'échanges comme les groupes « Balint » peut représenter une aide précieuse par l'échange bienveillant avec les pairs et favoriser la prise de recul.

#### **4.5- La résistance et l'ambivalence du patient face au changement**

Le patient peut se montrer parfois agressif et peu compliant lors de l'abord et de la prise en charge d'un trouble de l'usage de l'alcool, ce qui peut mettre en difficulté le praticien. Ces attitudes sont les symptômes d'une résistance au changement souvent nommé « déni » dans le langage courant. Le patient dépendant à l'alcool est ambivalent puisqu'il est tiraillé entre les bénéfices et les inconvénients liés au produit d'une part, et les bénéfices et inconvénients du changement d'autre part. Philippe Batel compare dans un article la relation du patient à l'alcool comme une relation amoureuse (47) : « *Nous sommes très souvent ambivalents à la fin d'une histoire d'amour. Nous trouvons toujours du pour et du contre à quitter quelqu'un, y compris quand la situation vire au drame.* »

Selon la définition de la SFA (19) : « *la résistance ne doit être considéré comme une caractéristique propre à la personnalité du patient, mais bien comme le fruit de l'interaction de ce dernier avec son environnement : famille, collègues, soignants.* »

Une attitude omnipotente et paternaliste du médecin peut renforcer la résistance du patient. En effet, quand le patient se rend en consultation, il a déjà probablement subi une pression familiale ou professionnelle. Notre étude met en avant cet élément puisque l'ensemble des médecins interrogés a évoqué au cours des entretiens, l'avertissement d'un proche comme point de départ à l'abord de la consommation du patient. Le patient a déjà par conséquent une résistance au changement (19) qu'il n'est donc pas utile de majorer. La maîtrise de quelques outils de la sphère addictologique comme l'entretien motivationnel semble être la clé pour éviter la résistance au changement du patient et ainsi supprimer une limite au repérage et à la prise en charge des troubles de l'usage de l'alcool.

L'entretien motivationnel est une technique permettant de considérer le patient comme expert de sa pathologie et ainsi de le placer au cœur de la prise en charge. Il n'est plus sous les ordres du médecin expert qui le convainc de changer d'attitude. Certains médecins de notre étude nous ont montré qu'ils adoptent cette attitude. En effet, ils sont plusieurs à se montrer empathique, à l'écoute. Certains respectent ce qu'accepte de livrer le patient, et ont intégré aussi la nécessité de s'adapter à la progression du changement et à son objectif. Ces attitudes sont celles également préconisées dans la littérature (33,48,49).

## **4.6- Les représentations et les fausses croyances du médecin**

### **4.6.1- Les difficultés liées au sexe du patient ainsi qu'à sa catégorie socio-professionnelle**

Chez une minorité des médecins interrogés, le sexe féminin peut se révéler comme un frein à l'abord de l'alcool. La représentation selon laquelle la femme est moins touchée que l'homme par le mésusage d'alcool est encore présente. Cependant en 2000, 6.5 % des femmes déclaraient au moins un épisode d'ivresse au cours des 12 derniers mois contre 13.2% en 2018 (6). Par ailleurs, des médecins évoquaient la catégorie socio-professionnelle du patient comme un frein, notamment quand celle-ci était élevée. L'idée reçue du mésusage d'alcool présent majoritairement chez la femme en situation de précarité est à proscrire. Des données de la littérature mettent en avant que les femmes les plus exposées sont les femmes les plus instruites et aux responsabilités professionnelles importantes (50). Ces éléments impliquent que le repérage doit se faire quels que soit le sexe et la catégorie socio-professionnelle du patient.

### **4.6.2- Les difficultés liées à l'âge du patient**

Lors de notre étude certains répondants ont mis en avant leur difficulté à interroger les personnes âgées spécifiquement, considérant leur consommation comme étant ancrée culturellement. D'autres n'imaginent pas que des personnes âgées puissent présenter un trouble de l'usage de l'alcool. Pourtant, une étude réalisée en 2015, montre que plus le patient est âgé, plus sa consommation est régulière ; les 65-75 ans sont 26% à déclarer une consommation quotidienne contre 2.3% chez les 18-24 ans (6).

La personne âgée souffre plus que la population générale du manque de repérage du mésusage d'alcool (34). L'image du « vieux sage » que renvoie la personne âgée peut être à l'origine de l'absence de l'abord de l'alcool par les médecins. Par ailleurs, la notion du respect du dernier plaisir a également été évoquée dans l'étude d'Estelle Jourdain (51), cette notion peut expliquer la tolérance des soignants. Cependant, il est important de repérer un mésusage chez ces patients puisque du fait de leur fragilité, les répercussions peuvent être encore plus rapides et graves que pour la population plus jeune.

Certains praticiens sont très sensibles à l'alcoolisation chez les jeunes. Plusieurs d'entre eux mettent un point d'honneur à recevoir seuls les jeunes patients en consultation notamment lorsqu'il s'agit de parler d'alcool et cette attitude est préconisée dans la littérature (30). Néanmoins, l'adolescent est parfois accompagné d'un parent pouvant présenter un frein à l'abord de la problématique en consultation.

Les études réalisées en population adolescente mettent en évidence que l'alcoolisation ponctuelle important est un mode de consommation important dans cette tranche d'âge (9). Cependant, un participant évoque qu'il perçoit l'alcoolisation ponctuelle importante chez les adolescents comme une



volonté de transgression et qu'il est conscient que cette représentation le met en difficulté avec cette catégorie de patient. Cette vision risque en effet de placer le médecin en position paternaliste et moralisatrice et d'induire une résistance chez le patient adolescent. En revanche, nous n'avons pas trouvé dans notre étude une banalisation de la consommation chez les jeunes, contrairement à ce qui avait été relevée dans l'étude de Virginie Thierry (37).

Il paraît primordial que les médecins aient conscience de leurs représentations et essaient de passer outre. L'échange entre pairs pourrait apporter des éléments permettant d'amoindrir les idées préconçues.

## **5- Le vécu personnel et professionnel du médecin influence son abord du sujet.**

### **5.1- Le vécu personnel**

Plusieurs médecins interrogés nous ont fait part de la présence dans leur entourage de personnes souffrant d'un trouble de l'usage de l'alcool. Un médecin évoque même son mésusage au cours de l'entretien. D'autres en revanche se sentaient personnellement à distance.

Plusieurs s'accordent à dire que la distance personnelle avec les problèmes d'alcool leur permet d'aborder plus sereinement le sujet qu'un médecin qui serait directement impacté. A l'inverse, d'autres estiment que le fait d'être touché par un problème d'alcool peut sensibiliser le médecin et donc aborder la question plus facilement qu'un médecin ne consommant pas d'alcool. Certains vont même jusqu'à dire que leur propre expérience est utile pour toucher les patients. Cependant, il est important de mettre en évidence que le mésusage de certains dans notre étude implique une tolérance et une minimisation du mésusage d'alcool à travers une nocivité perçue uniquement pour les patients présentant des répercussions sévères. Ainsi, leur vécu limite de manière importante le repérage notamment des consommateurs à risque, ou présentant un trouble de l'usage léger ou modéré.

### **5.2- Le vécu professionnel**

En parallèle de la vie personnelle, certaines situations professionnelles ont marqué nos participants. Les événements dramatiques ou encore les rencontres au fil de leur vie professionnelle sont pour eux des éléments modifiant leur point de vue initial sur le sujet. Des événements professionnels marquants sont donc à l'origine d'une certaine sensibilisation du médecin qui peut se manifester dans l'abord de l'alcool. La survenue d'un décès chez un jeune en état d'ivresse peut sensibiliser le médecin et influencer son abord de l'alcool avec les jeunes patients.

Un médecin n'est pas seulement un scientifique il est aussi un être humain avec son histoire personnelle et professionnelle. Ces éléments influencent le rapport à l'alcool et par conséquent son abord.

## **6- Une connaissance du réseau local d'addictologie mais une communication à parfaire**

Les structures d'addictologie locales semblent connues des médecins généralistes surtout par les plus expérimentés. Cependant, certains ressentent une complexité du réseau d'addictologie ainsi que des difficultés de communication notamment pour obtenir un interlocuteur rapidement ou pour le retour des comptes rendu de consultation. Ces difficultés ont également été retrouvées dans d'autres travaux de recherche (37). Plusieurs médecins souhaitent une meilleure collaboration avec les structures d'addictologie et une communication facilitée. Un participant évoque alors l'apport que peuvent représenter les nouvelles technologies.

## **7- Le double visage de l'alcool dans la société, source d'importantes difficultés**

L'alcool, représentant incontestable du patrimoine français, produit phare lors de la célébration d'évènements importants d'une vie et également présent pour accompagner un bon repas, symbolise le partage, la convivialité, la réussite... L'alcool fait partie de notre culture française. Souvent avant de le consommer, les gens lèvent leur verre en exclamant : « Santé ! ». Cette expression témoigne de la forte imprégnation positive de l'alcool dans notre pays.

En parallèle de cette vision positive de l'alcool dans le cadre festif, l'alcool a un visage beaucoup plus sombre lorsqu'il est consommé de manière excessive. Des termes ayant une connotation très négative sont souvent utilisés dans la langue populaire pour qualifier la personne souffrant d'un trouble de l'usage de l'alcool : « alcoolo », « ivrogne », « poivrot », « pilier de bar » ... Nous ne sommes plus dans le symbole de réussite ou de convivialité mais dans le symbole de la rupture sociale, de l'échec ou encore des violences.

Par l'ambivalence que génère ce produit, parler d'alcool en consultation n'est pas chose anodine.

De plus, certains alcools sont largement diffusés comme le cidre dans la Manche. Cette large diffusion a pour conséquence la banalisation de ce produit et est ainsi perçu comme une boisson peu dangereuse pour la santé. Le vin, représentant la gastronomie est quant à lui perçu par la société comme un alcool différent des autres : « on boit du bon vin ». Cette expression sous-entend que le vin est moins dangereux pour la santé que d'autres alcool. Même les représentants du gouvernement placent le vin sur un piédestal : lors d'une interview télévisée relayée dans l'éditorial de la revue du praticien en Février 2019 (52), le ministre de l'agriculture, Didier Guillaume, déclare « *ne jamais avoir vu un jeune sortir de boîte de nuit, et qui est saoul, parce qu'il a bu du côtes du Rhône...* ». Il est important de rappeler que quel que soit le type d'alcool la nocivité est identique car il s'agit de la même molécule : l'éthanol.

En contraste à cette vision positive de l'alcool, se dresse l'image honteuse de la personne dépendante à ce produit. Cette vision pessimiste a un impact dans l'abord de l'alcool en consultation. L'aspect honteux du trouble peut être à l'origine du silence du patient et à la fois à l'origine de l'absence

d'interrogation de la part du médecin qui anticipe le sentiment de honte que pourrait ressentir le patient.

Le médecin ne peut pas à lui seul contrecarrer l'ambivalence que génère ce produit.

Comme l'ont évoqué plusieurs médecins dans notre enquête en souhaitant des changements dans la législation, la participation de l'Etat est primordiale. Même si des actions menées par plusieurs instances impliquées dans le domaine de la santé ont lieu, elles ne se semblent pas suffisantes. En plus d'être lié à la culture française, l'alcool représente un enjeu économique majeur.

Comme nous l'évoquions en introduction, l'alcool représente la première cause d'hospitalisation, il est associé à deux cents pathologies et entraîne donc un coût social important. Les recettes liées aux taxes sur les différents alcools génèrent un apport financier insuffisant qui ne couvre que 37% de ces dépenses de soins (53).

Au-delà des efforts économiques, il semble important d'une part de diffuser massivement la mise à jour des nouveaux seuils de consommation auprès de tous les professionnels de santé ainsi que du grand public et de rappeler d'autre part, que la dangerosité de l'alcool est identique pour tous les alcools sans exception et ce, même à faible dose.

# **CONCLUSION**

Le but de cette enquête était de déterminer la façon dont les médecins généralistes abordent l'alcool en consultation.

Bien que les médecins généralistes affirment leur rôle de dépistage des troubles de l'usage de l'alcool, nous constatons qu'il existe une inadéquation avec la réalité de leur pratique. L'abord des consommations n'est pas systématique, le statut alcoologique des patients est souvent peu connu des praticiens. Les praticiens interrogent principalement leurs patients lorsqu'ils émettent l'hypothèse qu'il existe un mésusage, mis en évidence par des anomalies cliniques, biologiques ou socio-professionnelles. Ainsi, l'abord du sujet est en majorité réalisé de manière tardive, lorsqu'un trouble de l'usage est déjà installé.

Lors de l'interrogatoire, les médecins s'intéressent autant au vécu du patient qu'à la quantification des consommations. Cette dernière est souvent imprécise, le médecin faisant plus appel à son ressenti qu'à des données théoriques ou des questionnaires validés par la littérature.

Cette étude a également permis de mettre en lumière les difficultés rencontrées par les médecins, justifiant ce repérage tardif et non systématique.

L'ambivalence du produit représente un obstacle majeur. L'ancrage culturel de l'alcool est à l'origine de sa diffusion importante dans la population, d'une vision festive et conviviale mais aussi de sa banalisation. Contrastant avec cette représentation positive, l'image de la personne présentant un trouble de l'usage de l'alcool est très péjorative, source de honte pour le patient. Cette ambivalence montre que l'alcool reste un sujet tabou. En conséquence, en parler avec un patient nécessite pour le médecin de développer de multiples stratégies de communication et une attitude adaptée. En outre, l'association du manque de temps et l'aspect chronophage de la prise en charge d'un mésusage d'alcool représentent un frein à l'abord du sujet. Cependant, les médecins se montrent investis auprès de leurs patients, puisqu'une majorité a intégré ces aspects de la prise en charge addictologique notamment la notion de temps nécessaire au changement, et se rendent ainsi disponibles pour les patients.

Le manque de formation est également une difficulté pour les médecins dans leur abord du sujet. Le manque de connaissances théoriques et pratiques se traduit par certaines lacunes dans le repérage et la prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool.

Le vécu personnel et professionnel du médecin ainsi que ses représentations ont un impact non négligeable sur l'abord du sujet.

Par ailleurs, les médecins ont mis en évidence plusieurs perspectives d'amélioration au sein de leur pratique, telles que l'adaptation de l'emploi du temps, le renforcement de la formation universitaire et continue ou encore la meilleure collaboration avec le réseau d'addictologie.

Le trouble de l'usage de l'alcool étant un enjeu de santé publique majeur, les médecins généralistes ne peuvent à eux seuls gérer cette problématique. Afin de faire progresser le repérage et la prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool, il est nécessaire que l'Etat mette en œuvre des opérations

d'information, d'éducation et de prévention efficaces. L'instauration il y a un an, des nouveaux seuils à risque nécessite une diffusion importante afin d'informer massivement la population de la dangerosité du produit alcool quel que soit la quantité consommée.

Malgré les imperfections de cette enquête, cette étude corrobore les travaux déjà réalisés et participe à une meilleure connaissance de la manière dont les médecins généralistes abordent les consommations d'alcool avec leurs patients et permet d'identifier les difficultés rencontrées.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Moyen Age - Culture et société - Frise chronologique histoire du vin - Inrap [Internet]. Institut national de recherches archéologiques préventives. Disponible sur : <https://www.inrap.fr/dossiers/Archeologie-du-Vin/Histoire-du-vin/Moyen-Age-Culture-et-societe>
2. La vigne et le vin [Internet]. France Archives. Disponible sur : <https://francearchives.fr/fr/article/128963263>
3. Palle C. Le poids économique de l'alcool. OFDT ; 2013 p. 154 - 159. (Drogues et addictions, données essentielles - Édition 2013).
4. Spach M. Enjeux économiques et politiques publiques de lutte contre la consommation nocive d'alcool en France. Sante Publique. 27 oct 2016 ; Vol. 28(4):461-70.
5. Ben Lakhdar C. Chiffres clés de l'économie de l'alcool en France. Actualité et dossier en santé publique. Mars 2015;(90):22.
6. Jean-Baptiste Richard, Raphaël Andler, Chloé Cogordan, Stanislas Spilka, Viêt Nguyen-Thanh. La consommation d'alcool chez les adultes en 2017. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 19 févr 2019;(5-6):89-97.
7. Bonaldi C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 19 févr 2019;(5-6) :97-108.
8. Andler R, Richard J-B, Palle C, Spilka S, Quatremère G, Nguyen-Thanh V. Consommation d'alcool en France métropolitaine en 2017. La Revue du Praticien. oct 2019;69:886-91.
9. Spilka S, Godeau E, Le Nézet O, Ehlinger V, Janssen E, Brissot A, et al. Usages d'alcool, de tabac et de cannabis chez les adolescents du secondaire en 2018 - Tendances 132 - juin 2019 - OFDT. Tendances OFDT. Juin 2019;(132):1-4.
10. Alcohol Fact sheet [Internet]. OMS ; 2018. Disponible sur : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
11. Paille F, Reynaud M. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 7 juill 2015;(24-25) :440-9.
12. Food, Nutrition, physical activity, and the prevention of cancer : a global perspective : a global perspective. Continous upadate Project [Internet]. World cancer research fund (WRCF), American institute for cancer research (AICR); 2018. Disponible sur : <https://www.wcrf.org/dietandcancer/about>
13. Ancellin Raphaëlle, Gaillot-de Saintignon Julie. Nutrition et prévention des cancers [Internet]. 2019 déc. Report No. : FRPERTUBENDOCR19. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Nutrition-et-prevention-des-cancers>
14. Rehm J, Shield K. Alcohol drinking IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans Volume [Internet]. Vol. 44. 1988 Disponible sur : <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Monographs-On-The-Identification-Of-Carcinogenic-Hazards-To-Humans/Alcohol-Drinking-1988>

15. Crepin Gilles, Breart G. L'alcoolisation foetale [Internet]. Paris : Académie de médecine ; 2016 mars p. 29. Disponible sur : <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2016/03/Rapport-alcoolisation-foetale-d%C3%A9finitif-14-3-16.pdf>
16. Kopp P. Le coût social des drogues en France - Note de synthèse - OFDT [Internet]. 2015. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/publications/collections/notes/le-cout-social-des-drogues-en-france/>
17. Abrégé d'Hépatogastroentérologie et de chirurgie digestive | SNFGE.org - Société savante médicale française d'hépatogastroentérologie et d'oncologie digestive [Internet]. Disponible sur : <https://www.snfge.org/content/abrege-dhepato-gastro-enterologie-et-de-chirurgie-digestive>
18. Demateis M, Pennel L, Brousse G. Trouble de l'usage d'alcool : évolution de la nosographie. La Revue du Praticien. oct 2019;69:892-903.
19. Société Française d'Alcoologie. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandations de bonnes pratiques. 1. 15 mars 2015 ;37(1) :5-84.
20. Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France organisé par Santé publique France et l'Institut national du cancer [Internet]. Santé publique France ; 2017 mai. Disponible sur : </liste-des-actualites/avis-d-experts-relatif-a-l-evolution-du-discours-public-en-matiere-de-consommation-d-alcool-en-france-organise-par-sante-publique-france-et-l-insti>
21. Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool [Internet]. Cour des comptes ; 06/20116 Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-politiques-de-lutte-contre-les-consommations-nocives-dalcool>
22. Alcool : un tabou français ? [Internet]. Grand Débat « Alcool : un tabou français ? » 2018 Disponible sur : </france-2/communiqués-de-presse/11013245>
23. LOI no 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. 91-32 janv 10, 1991.
24. Maynié-François C, Dupouy J. Prendre en charge un patient ayant un trouble de l'usage de l'alcool en médecine générale. Exercer, la revue francophone de médecine générale. avr 2019;30(152):175-81.
25. Field CA, Klimas J, Barry J, Bury G, Keenan E, Smyth BP, et al. Problem alcohol use among problem drug users in primary care : a qualitative study of what patients think about screening and treatment. BMC Family Practice. 13 juill 2013 ;14(1) :98.
26. Michaud P, Fouilland P, Gremy I, Klein P. Alcool, tabac, drogue : le public fait confiance aux médecins. La Revue du praticien Médecine générale. 2003 ;17(611) :605-8.
27. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. Paris : A. Colin ; 2017.
28. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie, la revue. 9 janv 2015 ;15(157) :50-4.
29. Bouix J-C, Gache P, Rueff B, Huas D. Parler d'alcool reste un sujet tabou. La Revue du praticien Médecine générale. 2002 ;16(588) :1488-92.
30. Michaux P, Bloedé F. Quelle place pour le médecin traitant dans le repérage des consommations de substances psychoactives ? La Revue du Praticien. oct 2017;67(8):835-7.



31. Le Borgne C. Alcool : informer le patient avant qu'il soit malade. Le Concours médical. 8 déc 2004 ;126-37 :2214-5.
32. Dor B, Paquet E, Orban T, Dubois AF, Schmets A, Pitchot W. Prise en charge du mésusage de l'alcool avec dépendance par le médecin généraliste. Revue Médicale de Liege. Mai 2019 ; 74(5-6):287-93.
33. Soins du patient ayant une consommation d'alcool à risque en médecine générale - Pour un repérage systématique et non jugeant [Internet]. CNGE ; 2019 juin. Disponible sur : [https://www.cnge.fr/conseil\\_scientifique/productions\\_du\\_conseil\\_scientifique/soins\\_du\\_patient\\_ayant\\_une\\_consommation\\_dalcool\\_ri/](https://www.cnge.fr/conseil_scientifique/productions_du_conseil_scientifique/soins_du_patient_ayant_une_consommation_dalcool_ri/)
34. Liegeard A. Repérage du mésusage d'alcool chez les personnes âgées par les médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [ROUEN] ; 2012 Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00702589>
35. Pinardon F. Savoir aborder la consommation d'alcool et le sevrage en médecine générale : de la littérature à la pratique [Thèse d'exercice]. [Clermont-Ferrand, France] : Université de Clermont I; 2013.
36. Le Roy G. Les troubles de l'usage de l'alcool en médecine générale : obstacles au repérage et représentations des médecins généralistes de la Somme [Thèse d'exercice]. [UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS] ; 2017. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01908606>
37. Thierry V, Aubrège A. Patients et alcool en médecine générale : Vécu et représentations des médecins généralistes au travers d'une enquête qualitative. [Thèse d'exercice] [France] : [NANCY] ; 2009.
38. Questionnaire AUDIT Disponible sur <https://www.alcoolassistance.net/files/AUDIT.pdf>
39. Questionnaire FACE. Disponible sur : <https://www.alcoolassistance.net/files/FACE.pdf>
40. Vantelon T. Les médecins généralistes de la Somme disposent-ils d'outils suffisants pour dépister les patients ayant une consommation d'alcool à risque ou à problème ? [Thèse d'exercice]. [France] : [Université de Picardie Jules Verne] ; 2011.
41. Gualdoni S, Muller V. Repérage précoce des usages à risque ou nocifs d'alcool. Une nouvelle structure pour aider le généraliste, le Pôle Ressource National - médecine générale et conduites addictives. La Revue du praticien Médecine générale. 13 mars 2006 ;20 (724/725) :318-20.
42. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte- Document de travail - repérage précoce et intervention brève en alcoologie en premier recours - Note de cadrage [Internet]. HAS ; 2015 janv. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte)
43. Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. DREES ; 01.04.2006. Report No. : 481. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-duree-des-seances-des-medecins-generalistes>
44. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. Am Psychol. sept 1992 ;47(9):1102-14.

45. Le cercle de Prochaska et Di Clemente [Internet]. [intervenir-addictions.fr](http://intervenir-addictions.fr), le portail des acteurs de santé. Disponible sur : <https://intervenir-addictions.fr/intervenir/le-cercle-de-prochaska-et-di-clemente/>
46. Csillik AS, Petot J-M. L'évaluation des stades de changement dans les addictions. *L'Evolution Psychiatrique* (Paris). juill 2012;77(3):331-41.
47. Batel P, Nédelec S. Changer les représentations de l'alcool et des soins propos recueillis par Dangaix Denis. *La Santé de l'homme*. 2008;(396) :10-2.
48. Symons L, Ketterer F, Lambrechts MC. L'implication des médecins généralistes dans la détection et la gestion des mésusages d'alcool, de drogues illicites, d'hypnotiques et de tranquillisants dans la population adulte belge. *déc 2013;(110 suppl 3):76-7.*
49. GALLOIS P, EMERIAUD P. Alcool, tabac, cannabis : Comment en parler pour repérer les usages à risque ? *Revue du Praticien (La) - Médecine Générale*. 10 oct 2005; Tome 19, n°704-705:1009-10.
50. Bouvet de la Maisonneuve F, Laqueille X. Maladie alcoolique chez la femme, quelles spécificités ? *La Revue du Praticien*. févr 2019;69(2):179-82.
51. Jourdain E. Représentations et freins au repérage et à la prise en charge du mésusage d'alcool chez les personnes âgées en soins premiers. [Thèse d'exercice] [PARIS EST CRETEIL] ; 2018.
52. Deleuze J. Alcool : le grand déni national. *La Revue du Praticien*. févr 2019;69(2):3-3.
53. Basset B. Alcool : la culture ou la santé. *Les Tribunes de la santé*. 29 mars 2018 ;57(4):57-61.

## **ANNEXES**

### **Annexe 1 : Alcool – Critères CIM 10 d'utilisation nocive pour la santé et de dépendance (17)**

#### **Utilisation nocive pour la santé**

Mode de consommation d'une substance psycho-active qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques (par exemple, hépatite consécutive à des injections de substances psycho-actives par le sujet lui-même) ou psychiques (par exemple, épisodes dépressifs secondaires à une forte consommation d'alcool).

Le patient ne répond pas aux critères de la dépendance.

#### **Syndrome de dépendance**

Pour un diagnostic de certitude, au moins 3 des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année.

- a) Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psycho-active.
- b) Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation).
- c) Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psycho-active, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
- d) Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psycho-active : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré. (Certains sujets dépendants de l'alcool ou des opiacés peuvent consommer des doses quotidiennes qui seraient létales ou incapacitantes chez les sujets non dépendants).
- e) Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psycho-active, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets.
- f) Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives (par exemple, atteinte hépatique due à des excès alcooliques, épisodes dépressifs après une période de consommation importante ou altération du fonctionnement cognitif liée à la consommation d'une substance). On doit s'efforcer de préciser que le sujet était au courant, ou qu'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

## Annexe 2 : Comparaison des critères du DSM-IV-TR et du DSM 5 (18)

COMPARAISON DES CRITÈRES DU DSM-IV-TR ET DU DSM-5				
	DSM-IV-TR		DSM-5	
1 Utilisation en situations dangereuses	X	<b>ABUS</b> ≥ 1 sur 12 mois	X	<b>TROUBLE DE L'USAGE</b> ≥ 2 sur 12 mois
2 Problèmes interpersonnels, sociaux, liés au produit	X		X	
3 Incapacité à remplir les obligations majeures	X		X	
4 Problèmes judiciaires, légaux	X		X	
1 Tolérance (ou accoutumance)*	X	<b>DÉPENDANCE</b> ≥ 3 sur 12 mois	X	
2 Syndrome de sevrage*	X		X	
3 Quantité ou durée d'utilisation plus grande que prévu	X		X	
4 Désir persistant ou efforts infructueux pour diminuer ou contrôler	X		X	
5 Temps consacré au produit ou à récupérer de ses effets	X		X	
6 Réduction ou abandon des autres activités	X		X	
7 Utilisation malgré les conséquences psychiques, physiques	X		X	
8 <i>Craving</i>	X		X	

**Tableau.** **Abus** = au moins 1 critère sur une période de 12 mois et aucun diagnostic de dépendance (moins de trois critères).

**Dépendance** = au moins 3 critères sur une période de 12 mois, indépendamment du nombre de critères d'abus. \* Critères de dépendance physique.

**Trouble de l'usage** = au moins 2 critères (forme légère), 4 critères (forme modérée), ou 6 critères (forme sévère) sur une période de 12 mois.

DSM-IV-TR : *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4<sup>e</sup> édition, texte révisé ; DSM-5 = *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5<sup>e</sup> édition.

### **Annexe 3 : Lettre d'information envoyée par mail ou remise en main propre aux participants**

Le,...

**Objet : Participation à une étude qualitative portant sur l'abord des consommations d'alcool des patients en consultation de médecine générale.**

Docteur,

Médecin généraliste remplaçant et étudiante en médecine à l'université de Caen, je réalise ma thèse sur l'abord des consommations d'alcool des patients en consultation de médecine générale. A ce titre, je me permets de vous solliciter après avoir obtenu vos coordonnées sur le site des pages jaunes pour participer à ce projet de recherche. Ce document vous renseigne sur les modalités.

Objectif de l'étude :

Recueillir votre vécu concernant l'abord de la consommation d'alcool de vos patients en consultation.

Déroulement :

L'enquête ne requiert aucun acte clinique spécifique.

Chaque participant effectuera un entretien d'environ 30 minutes dans le lieu de votre choix, et sera enregistré avec un dictaphone. Au cours de l'entretien plusieurs questions ouvertes vous seront posées. Avant le début de l'entretien votre consentement écrit et oral sera recueilli. L'enregistrement audio sera ensuite retranscrit sur fichier informatique puis analysé. Toutes les données personnelles seront anonymisées puis ensuite détruites dans un délai de trois mois suivant la soutenance de mon projet.

Protection des données :

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données EU-2016/679, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation et de rétractation sur le traitement des données, droit que vous pouvez exercer en contactant le secrétariat de médecine générale par téléphone 02-31-56-82-21 ou par voie postale à l'adresse : **UFR Santé – Secrétariat de médecine générale- Pôle de Formation et de Recherche en Santé (PFRS) -2, rue des Rochambelles -CS 14032 14032 Caen**

En cas de difficultés, vous pouvez saisir le Délégué à la Protection des Données de l'Université de Caen par téléphone au 02-31-56-50-20, par courriel à l'adresse [dpo@unicaen.fr](mailto:dpo@unicaen.fr) ou par voie postale à l'adresse :

**Monsieur le Délégué à la Protection de Données -Bâtiment Présidence- Université de Caen Normandie  
Esplanade de la Paix- CS 14032-14032 Caen**

En cas de contentieux, vous avez aussi la possibilité d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle.

Consentement :

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ déclare avoir été informé(e) et avoir compris la nature et le motif de ma participation au projet de recherche entrant dans le cadre de la formation en médecine générale de l'université de Caen Normandie. Par conséquent, j'accepte librement de participer au projet et j'autorise Mme Emilie ALLAIN à effectuer un enregistrement audio de l'entretien. Je reconnais également avoir été informé(e) de la destruction de la bande audio après retranscription écrite.

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature

Soyez assuré(e) que je reste à votre disposition pour répondre à vos éventuelles questions concernant ma requête.

Très sincèrement,

Emilie ALLAIN

## Annexe 4 : Version finale du guide d'entretien

### Guide entretien version finale

Texte d'introduction

- I- Données de cadrage- Caractéristiques des participants  
Sexe : Homme- Femme  
Age < 30 ans- 30 à 40 ans – 40 à 50 ans– 50 à 60 ans- > 60 ans  
Durée installation  
Lieu d'exercice : Urbain – Semi rural – Rural

II- Corps de l'entretien

#### **1- Généralités sur l'exposition du médecin à la problématique d'alcool dans sa patientèle**

Comment, dans quelle proportion estimez-vous la présence des problèmes d'alcool que vous rencontrez au sein de votre patientèle ?

Pouvez-vous raconter une situation marquante/ou une situation dont vous vous souvenez d'une consultation pendant laquelle vous avez abordé la consommation d'alcool d'un patient ?

Selon vous, quel est le rôle du médecin généraliste face à cette problématique ?

#### **2- L'approche du médecin généraliste face à la problématique d'alcool**

Que pensez-vous du fait d'aborder le sujet de l'alcool pour vos patients ?

Le faites-vous systématiquement ?

Si oui : comment faites-vous, comment vous y prenez-vous ?

Si non : vous est-il arrivé de le faire ? A quelle(s) occasion(s) ? Comment faites-vous ?

Comment évaluez-vous la consommation d'alcool des patients, vous arrive-t-il de quantifier les consommations de vos patients ?

#### **3- Le Ressenti du médecin généraliste**

Comment vous sentez-vous pour aborder le sujet de l'alcool ?

Eprouvez-vous des difficultés/appréhensions parfois pour aborder le sujet, lesquelles ?

Y-a-t-il selon vous des facteurs qui peuvent influencer (favoriser ou limiter) l'abord du sujet ? (Notamment le sexe, l'âge...)

Quel est votre ressenti par rapport à la relation que vous avez avec vos patients qui présentent un problème d'alcool ?

L'organisation actuelle de votre pratique vous semble-t-elle propice/adaptée pour aborder la problématique d'alcool ? Pensez-vous que le vécu personnel du médecin par rapport à l'alcool puisse influencer la manière d'aborder le sujet, dans quelle mesure ?

#### **IV- Expériences du médecin par rapport à l'abord de l'alcool**

Avez-vous une orientation spécifique dans votre pratique type ostéopathie, acupuncture ?

Avez-vous déjà réalisé des formations en addictologie (Stage, DU, FMC...), l'utilisez-vous dans votre pratique ?

#### **V- Les perspectives du changement**

Vous m'avez dit que... comment selon vous pourrait-on améliorer cela ?

Auriez-vous d'autres idées d'amélioration ?

Souhaitez-vous des changements dans la prise en charge de cette problématique ?

Avez-vous des questions, des choses à ajouter ?

## Annexe 5 : Grille COREQ (28)

### Traduction de dix lignes directrices pour des articles de recherche

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

N°	Item	Guide questions/description
<b>Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion</b>		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
<b>Domaine 2 : Conception de l'étude</b>		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule de neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ?

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (suite).

N°	Item	Guide questions/description
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
<b>Domaine 3 : Analyse et résultats</b>		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

**Annexe 6 : Tableau des caractéristiques des participants et des entretiens**

Numéro entretien	Sexe	Tranche d'âge	Durée installation-remplacement	Lieu dans la Manche	Lieu d'exercice	Durée entretien
M1	Homme	Inférieur à 30 ans	3 mois de remplacement	Centre manche	Semi rural	32'35''
M2	Femme	Entre 30 et 40 ans	5 ans	Sud manche	Urbain	16'10''
M3	Homme	Entre 50 et 60 ans	24 ans	Sud manche	Urbain	11'35''
M4	Homme	Entre 50 et 60 ans	27 ans	Centre manche	Semi rural	22'54''
M5	Homme	Supérieur à 60 ans	26 ans	Nord de la manche	Semi rural	16'12''
M6	Femme	Entre 40 et 50 ans	15 ans	Centre Manche	Semi rural	24'15''
M7	Femme	Inférieur à 30 ans	6 mois	Sud Manche	Rural	21'10''
M8	Homme	Entre 40 et 50 ans	8 ans et demi	Centre Manche	Rural	30'38''
M9	Homme	Inférieur à 30 ans	1 an	Sud Manche	Semi rural	17'50''
M10	Homme	Supérieur à 60 ans	33 ans	Centre Manche	Rural	33'54''
M11	Homme	Entre 50 et 60 ans	1 an et demi	Sud manche	Rural	33'14''
M12	Femme	Entre 50 et 60 ans	23 ans	Sud manche	Semi Rural	23'42''
M13	Homme	Entre 50 et 60 ans	23 ans	Nord de la manche	Semi rural	20'32''



## Annexe 7 : Questionnaire AUDIT (38)

### Questions :

### Score :

1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?

Jamais	0
Une fois par mois ou moins	1
2 à 4 fois par mois	2
2 à 3 fois par semaine	3
Au moins 4 fois par semaine	4

2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?

3 ou 4	1
5 ou 6	2
7 ou 8	3
10 ou plus	4

3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?

Non	0
Oui, mais pas au cours de l'année écoulée	2
Oui, au cours de l'année	4

10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?

Non	0
Oui, mais pas au cours de l'année écoulée	2
Oui, au cours de l'année	4

**Résultat :**

*Un score supérieur ou égal à 8 chez l'homme et à 7 chez la femme est évocateur d'un mésusage actuel d'alcool*

*Un score supérieur à 12 chez l'homme et supérieur à 11 chez la femme serait en faveur d'une dépendance à l'alcool (Société française d'alcoologie, 2001).*

## Annexe 8 : Questionnaire FACE (39)

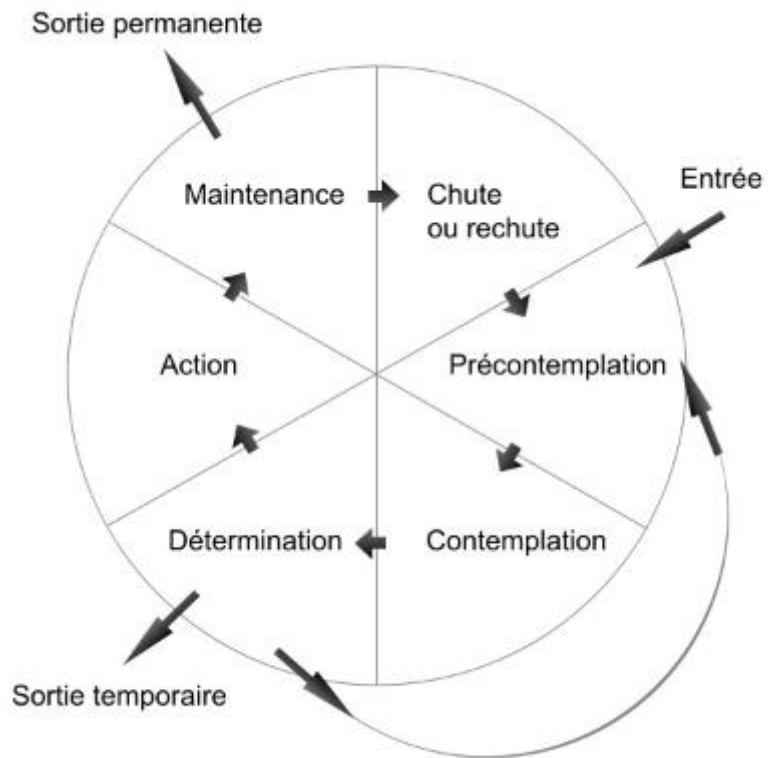
### *Le Questionnaire FACE issu du programme Boire moins c'est mieux*

Les cinq questions qui suivent doivent être de préférence posées sans reformulation, et cotées selon les réponses spontanées des patients. En cas d'hésitation, proposer les modalités de réponses, en demandant de choisir « la réponse la plus proche de la réalité ».

Les deux premières questions portent sur les douze derniers mois.

					Score
<b>1/ A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?</b>					
Jamais <input type="checkbox"/> 0	une fois par mois <input type="checkbox"/> ou moins 1	2 à 4 fois <input type="checkbox"/> par mois 2	2 à 3 fois <input type="checkbox"/> par semaine 3	4 fois ou plus <input type="checkbox"/> par semaine 4	
<b>2/ Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?</b>					
Un ou deux <input type="checkbox"/> 0	trois ou quatre <input type="checkbox"/> 1	cinq ou six <input type="checkbox"/> 2	sept à neuf <input type="checkbox"/> 3	dix ou plus <input type="checkbox"/> 4	
<b>3/ Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?</b>					
Non <input type="checkbox"/> 0				oui <input type="checkbox"/> 4	
<b>4/ Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?</b>					
Non <input type="checkbox"/> 0				oui <input type="checkbox"/> 4	
<b>5/ Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?</b>					
Non <input type="checkbox"/> 0				oui <input type="checkbox"/> 4	
				<b>TOTAL</b>	

## Annexe 9 : Les différents stades de changement



« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer  
en référence à la délibération  
du Conseil d'Université  
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président  
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2020

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : ALLAIN EMILIE

## **L'ABORD DE L'ALCOOL EN MEDECINE GENERALE, DE L'USAGE AU TROUBLE : DEROULEMENT ET EXPERIENCES AU TRAVERS D'UNE ENQUETE QUALITATIVE**

### **RÉSUMÉ :**

**Contexte :** L'alcool fait partie intégrante de la culture française. Néanmoins, il est à l'origine de nombreux dommages même à faibles doses. Ainsi, le trouble de l'usage de l'alcool représente un enjeu de santé publique majeur.

**Objectif :** Le but de cette étude est d'étudier la façon dont les médecins généralistes abordent les consommations d'alcool de leurs patients en consultation. Secondairement, les difficultés liées à l'abord du sujet ont été recherchées.

**Matériel et Méthodes :** Analyse thématique de 13 entretiens individuels semi-dirigés réalisés auprès de médecins généralistes ayant une activité libérale dans le département de la Manche.

**Résultats :** Les médecins généralistes affirment leur rôle dans le dépistage des troubles de l'usage de l'alcool. Pourtant, l'abord des consommations n'est pas systématique. Les répercussions négatives d'un trouble de l'usage servent souvent de point d'accès. Par conséquent, l'abord du sujet a lieu lorsqu'un trouble de l'usage est déjà installé. La quantification des consommations est souvent imprécise, l'accent étant porté majoritairement sur le vécu du patient. L'ambivalence de ce produit est à l'origine de difficultés pour aborder le sujet même si les médecins se sont montrés investis. Le manque de temps, de formation et la complexité des patients souffrant d'un trouble de l'usage de l'alcool représentent les difficultés majeures.

**Conclusion :** L'alcool reste un sujet tabou. Bien que l'abord de ce sujet fasse partie intégrante du rôle du médecin généraliste, il est primordial en parallèle que l'Etat diffuse une information claire au grand public : l'alcool est dangereux pour la santé même à faible dose.

### **MOTS-CLÉS :**

- Trouble de l'usage de l'alcool
- Repérage précoce
- Médecine générale
- Relation médecin patient

## **ALCOHOL APPROACH IN GENERAL PRACTICE : FROM SIMPLE CONSUMPTION TO DISORDER : CONDUCT AND EXPERIENCES THROUGH A QUALITATIVE SURVEY**

### **ABSTRACT**

**Context :** Alcohol is deep rooted in French culture. Nevertheless, it causes many damages even at lower intakes. Therefore, alcohol use disorder is a major public health issue.

**Goals :** The purpose of this survey is to study how general practitioners approach their patients' alcohol consumption during their medical consultations. Secondly, the difficulties to approach alcohol consumption were investigated.

**Material and Methods :** This is a thematic analysis of 13 semi-directed individual interviews carried out with general practitioners with a liberal activity in the department of La Manche.

**Results :** General practitioners assert their role in screening alcohol use disorder. However, the approach of alcohol is not systematic. The negative impact of a use disorder is often used as an opportunity to approach the subject. Consequently, the matter is usually approached when a use disorder is already established. Consumption's quantification is often imprecise, the focus being mainly on the patient's personal experience. The dualism of this product is causing difficulties in approaching the subject even though practitioners have shown their commitment. The lack of time, the lack of training and the complexity of patients suffering from alcohol use disorder are the main difficulties encountered.

**Conclusion :** Alcohol is still a taboo subject. Although the approach of this subject is an integral part of the general practitioner's responsibility, it is crucial in parallel that the Government clearly diffuses the information to the general public : alcohol is dangerous and a threat to your health even at lower intakes.

### **KEY WORDS :**

- Alcohol use disorder
- Early diagnosis
- General practice
- Physician patient relation