



HAL
open science

Ressenti du médecin généraliste lors de l'abord de l'alcoolisme en consultation

Pierre Balloy

► **To cite this version:**

Pierre Balloy. Ressenti du médecin généraliste lors de l'abord de l'alcoolisme en consultation. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03179785

HAL Id: dumas-03179785

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03179785>

Submitted on 24 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 PICARDIE JULES VERNE

FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS

Année 2020

N°2020-195

Ressenti du Médecin généraliste lors de l'abord de l'alcoolisme en consultation

THÈSE PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE DOCTEUR EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Diplôme d'État Médecine générale

Le 03/12/2020

Par BALLOY Pierre

Président du Jury

Monsieur le Professeur Loïc GARCON

Membres du jury

Monsieur le Professeur Olivier GANRY

Monsieur le Professeur Richard GOURON

Monsieur le Professeur William SZURHAJ

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Patrice NOUGEIN

Remerciements :

Je remercie le **Monsieur le Professeur Loïc GARCON** pour avoir accepté d'être le président de mon jury de thèse, mais aussi pour m'avoir permis de soutenir ma thèse au Centre de Biologie Humaine.

Je remercie également **Monsieur le Professeur Olivier GANRY, Monsieur le Professeur Richard GOURON et Monsieur le Professeur William SZURHAJ** de me faire l'honneur d'assister à ma soutenance et de juger mon travail.

Je tiens également à remercier Monsieur le **Docteur Patrice NOUGEIN** pour avoir accepté de diriger ma thèse ainsi que pour son aide précieuse et ses conseils lors de mon travail de recherche et de rédaction.

Je remercie le département de médecine générale de la faculté de médecine d'Amiens, tout particulièrement Madame **Danièle BARBIER** pour son aide et sa disponibilité.

Je remercie tous les médecins ayant accepté de participer à cette étude.

Un grand merci à ma compagne **Marine FREVILLE** pour son soutien inconditionnel durant mes études, mon internat et mon travail de thèse.

Merci à **Dominique FREVILLE, Bertrand FREVILLE** et mes parents **Dominique BALLOY et Vincent BALLOY** pour leur soutien et leur aide apportée durant les nombreuses corrections orthographiques.

Merci à mes deux sœurs **Marie BALLOY et Caroline BALLOY** pour leur soutien ainsi que **toute ma famille.**

A mon ami le **Dr David SOULAS** pour ses conseils et son soutien ainsi que sa compagne **Leslie ALBAN.**

Pour terminer je remercie tous mes formateurs qui durant mes études m'ont accompagné et m'ont donné goût à la médecine générale.

Table des matières

Introduction	6
I. Pourquoi ce sujet	6
II. Rappel et définitions.....	6
1. Verre standard.....	6
2. Recommandations actuelles	7
3. Définitions	7
III. L'alcool en France.....	10
1. La consommation d'alcool en France.....	10
2. Représentation populaire	10
IV. Conséquences de la consommation d'alcool.....	11
1. Impact sur la santé	11
2. Dimension économique	13
3. Conséquence sociale.....	13
V. Rôle de la médecine générale.....	14
1. Un rôle de prévention	14
2. Un dépistage insuffisant	15
VI. Objectif de l'étude	15
Matériel et méthode.....	16
I. Type d'étude.....	16
II. Population et recrutement.....	16
III. Recueil et traitement des données	16
1. Recueil des données.....	16
2. Traitement des données	16
Résultats	18
I. Recrutement et entretiens	18
II. Image de l'alcoolisme	19

1.	Une approche quantitative	19
2.	Une définition basée sur le retentissement	21
3.	Un problème universel et complexe	24
III.	Le rapport personnel à l'alcool.....	25
1.	Une image positive et conviviale.....	25
2.	Une consommation occasionnelle et raisonnée	26
3.	Un rapport à l'alcool plus complexe pour certains médecins.....	27
IV.	L'abord de l'alcoolisme en consultation	28
1.	Quand aborder le sujet	28
2.	Le type d'approche.....	34
3.	Informations recueillies	36
V.	Le ressenti du médecin lors de l'abord du sujet vis-à-vis du patient	37
1.	La relation médecin patient	37
2.	L'ouverture au dialogue.....	39
3.	Une méconnaissance du problème chez les patients	42
4.	Les profils de patient	44
VI.	Le ressenti du médecin vis-à-vis de l'abord de l'alcoolisme en général.....	46
1.	Vis-à-vis du sujet de la consommation d'alcool.....	46
2.	Motivation	49
3.	Remise en question.....	52
4.	Les moyens disponibles.....	55
VII.	Ressenti du médecin vis-à-vis des autres addictions.....	57
1.	Une approche globale	57
2.	Le tabac, un sujet plus facile	57
3.	Les autres drogues, un sujet difficile	59
	Discussion	62
I.	Méthode.....	62

1. Force	62
2. Faiblesses	62
II. Rapport à l'alcool	63
1. Une consommation répandue	63
2. Une consommation dans l'ensemble conviviale et modérée	63
III. Représentation de la personne alcoolique	64
1. Une définition basée sur les niveaux de consommation	64
2. Une définition basée sur le retentissement et la dépendance	65
3. Une grande variété de profils	66
IV. Ressenti sur l'abord du sujet	66
1. Quand aborder le sujet	66
2. Le recueil d'information	68
3. Les facteurs influençant l'abord du sujet	69
V. Ressenti général	73
1. Volonté et motivation	73
2. Remise en question	74
3. Moyens disponibles	75
VI. Ressenti vis-à-vis des autres drogues	76
Conclusion	77
Bibliographie	78
Annexe 1 : Script d'entretien	84
Annexe 2: Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	85
Annexe 3 : AUDIT-C (version brève du test AUDIT)	86
Annexe 4: Fast Alcohol Consumption Evaluation (FACE)	86
Glossaire	87
Résumé	88

Introduction

I. Pourquoi ce sujet

Je n'ai jamais été réellement confronté à l'alcoolisme que ce soit au niveau personnel ou dans mon entourage. Comme beaucoup de personnes j'ai consommé de l'alcool dans diverses occasions avec une modération plus ou moins marquée.

Durant mes études, j'ai pu constater un décalage entre la pratique de la médecine et l'enseignement théorique qui présentait la consommation d'alcool comme un facteur de risque au même titre que le tabac et l'hypertension.

Durant les stages hospitaliers d'externat et internat, son abord me semblait simple. La question de la consommation d'alcool était une question posée parmi les autres durant un bilan d'entrée et les personnes en situation de mésusage étaient souvent déjà diagnostiquées à des stades avancés.

Ma perception du sujet a été modifiée lors de mon expérience en stage de médecine générale : poser la question semblait moins évident dans le cadre d'une consultation courante. Je me suis retrouvé plusieurs fois surpris en découvrant secondairement, via le dossier médical ou mon maître de stage, l'existence d'un mésusage d'alcool chez un patient vu précédemment en consultation.

C'est ce décalage constaté qui m'a donné envie de faire des recherches et de réaliser cette thèse.

II. Rappel et définitions

1. Verre standard

Un verre d'alcool standard est défini par une quantité égale à 10 g d'alcool pur ou encore 1,25 centilitre d'alcool pur, quel que soit le produit alcoolisé. A titre d'exemple 10 g d'alcool correspondent à :

- 1 ballon de vin à 12° (10 cl)
- 1 demi de bière à 5° (25cl)
- 1 verre de whisky à 40° (2,5 cl)
- 1 coupe de champagne à 12° (10 cl)

2. Recommandations actuelles

En 2017, un avis d'experts organisé par l'institut national du cancer et santé publique France a été publié (1). Il y était préconisé l'utilisation de la mortalité vie-entière attribuable à la consommation d'alcool comme méthode pour établir les recommandations actuelles :

- Pas plus de 10 verres standards par semaine
- Pas plus de 2 verres par jour pour les hommes et femmes
- Avoir des jours sans consommation dans la semaine

La notion de sexe a été retirée des recommandations. En effet, au seuil de consommation retenu, les risques sanitaires ne sont pas significativement différents.

3. Définitions

A. Définition quantitative basée sur un seuil recommandé

En 2015 la Société Française d'Alcoologie (SFA) définissait plusieurs niveaux d'usage d'alcool (2).

a. Usage à faible niveau de risque

- Le non-usage ou abstinence : défini par une absence de consommation
- L'usage simple : asymptotique et inférieur au seuil recommandé

b. Le mésusage

Le mésusage regroupe les types d'usages entraînant des conséquences négatives ou susceptibles d'entraîner un risque, soit sur le court terme (comportement à risque, intoxication, malaise), soit sur le long terme de façon cumulative avec un risque déterminé par rapport à un seuil de consommation recommandé.

On distingue :

- L'usage à risque : asymptotique et supérieur au seuil recommandé
- Les troubles liés aux usages de l'alcool
 - L'usage nocif
 - L'usage avec dépendance

B. Une définition qualitative basée sur le retentissement

Les troubles liés aux usages de l'alcool sont définis non pas par le niveau de consommation d'alcool mais par l'ensemble des symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques

provoqué par la consommation d'alcool. Plusieurs définitions existent dans les classifications internationales.

a. Usage nocif et abus de substance

La Classification Internationale des Maladies (CIM -10) (3) définit les notions d'utilisation nocive et de dépendance.

Tableau 1 : CIM-10 Utilisation nocive et syndrome de dépendance

Utilisation nocive pour la santé :

Mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques (par exemple : hépatite consécutive à des injections de substances psychoactives par le sujet lui-même) ou psychiques (par exemple : épisodes dépressifs secondaires à une forte consommation d'alcool).

Syndrome de dépendance :

Ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques survenant à la suite d'une consommation répétée d'une substance psychoactive, typiquement associés à un désir puissant de prendre la drogue, à une difficulté à contrôler la consommation, à une poursuite de la consommation malgré des conséquences nocives, à un désinvestissement progressif des autres activités et obligations au profit de la consommation de cette drogue, à une tolérance accrue et, parfois, à un syndrome de sevrage physique.

Le syndrome de dépendance peut concerner une substance psychoactive spécifique (par exemple : le tabac, l'alcool ou le diazépam), une catégorie de substances (par exemple : les substances opiacées), ou un ensemble plus vaste de substances psychoactives pharmacologiquement différentes.

b. Trouble de l'usage de l'alcool : une définition combinée

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association américaine de psychiatrie définissait dans sa 4ème version (DSM-IV) (4) l'abus de substance et la dépendance avec des critères comparables aux définitions de la CIM-10 citées plus haut.

Dans sa version plus récente le DSM-5 (5) propose une définition des Troubles liés à l'usage de l'alcool (*alcohol use disorder*) en 11 critères combinant les notions de dépendance et d'usage nocif de la version précédente en une seule définition.

Tableau 2 : Trouble lié à l'usage de l'alcool (*alcohol use disorder*)

3 niveaux de sévérité : faible (2 critères sur 11), modéré (au moins 4) et sévère (au moins 6).

(Traduction par la société française d'alcoologie SFA (2))

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

III. L'alcool en France

1. La consommation d'alcool en France

A. Une consommation qui touche une part importante de la population

En 2017, la part des adultes de 18-75 ans ayant consommé de l'alcool au moins une fois dans l'année s'élevait à 87%. Au sein de cette population, 27,2% consommaient une fois par mois et 10 % consommaient quotidiennement de l'alcool. Dans les Hauts-de-France, ce chiffre s'élevait à 11,5% des adultes.

Concernant les alcoolisations ponctuelles importantes (API) ou *binge drinking*, leurs prévalences étaient de 35,2% une fois dans l'année, 16,2% une fois par mois et de 4,6% au moins une fois par semaine (6).

B. Une répartition hétérogène

Cependant la répartition du volume total d'alcool consommé était hétérogène : 49% de la population ne buvant que 3% du volume total annuel, alors que 10% de la population consommait 58% de ce volume (6).

La consommation d'alcool était plus marquée chez les hommes et l'écart entre les sexes augmentait avec la fréquence de consommation.

En ce qui concerne les plus jeunes, en 2018, 60% des collégiens déclaraient avoir bu au moins une fois une boisson alcoolisée au cours de leur vie. Au lycée, ce chiffre passait à 85% avec notamment une prévalence d'API dans le mois de 43,2% (7).

2. Représentation populaire

En 2019, L'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT) publiait les résultats de l'Enquête sur les Représentations, Opinions et Perceptions sur les Psychotropes (EROPP) réalisée en 2018 (8).

A. Image de l'alcool en tant que drogue

Dans l'opinion publique, l'alcool n'est pas considéré comme une drogue pour la majorité des Français. Lors de l'enquête EROPP en 2018, à la question : « quelles sont les principales drogues que vous connaissez, ne serait-ce que de nom ? », 24% des personnes interrogées citaient l'alcool, soit une légère progression depuis l'enquête EROPP de 1999 où ce chiffre s'élevait à 21%.

A titre de comparaison, en 2018 le tabac était cité à hauteur de 22 %, le cannabis à 88%, la cocaïne à 68% et l'héroïne à 50 %.

B. Dangerosité perçue

La dangerosité perçue quant à la consommation d'alcool reste globalement inférieure à celle des autres substances addictives.

Lors de l'enquête EROPP (8), seuls 10 % des Français considéraient que l'alcool était une substance dangereuse à partir de l'expérimentation et 11% à partir d'une consommation occasionnelle. Les 79% restant considéraient que l'alcool était dangereux à partir d'une consommation quotidienne.

Ces chiffres contrastaient avec les drogues illicites globalement perçues comme plus dangereuses dès l'expérimentation ou l'usage occasionnel mais aussi avec le tabac considéré comme dangereux dès l'expérimentation par 34 % des Français.

C. Importance culturelle

La consommation d'alcool garde une image conviviale et est ancrée profondément dans la culture française.

Selon l'enquête EROPP (8) : offrir ou boire de l'alcool faisait partie des règles de savoir-vivre pour 56 % des enquêtés et il était acceptable de boire son premier verre d'alcool avant 18 ans pour 45% des personnes interrogées.

IV. Conséquences de la consommation d'alcool

1. Impact sur la santé

L'alcoolisme reste un problème majeur de santé publique en France et dans le monde. La consommation d'alcool est un facteur de risque reconnu dans de nombreux problèmes de santé tels que les maladies infectieuses, les cancers, le diabète, les troubles neuropsychiatriques, les maladies cardiovasculaires, les troubles hépatopancréatiques, l'alcoolisation fœtale et les blessures intentionnelles ou non. (9) La classification internationale des maladies (CIM-10) comporte soixante maladies et deux cents items liés à la consommation d'alcool (3).

Selon le rapport de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) (10), en 2016 l'usage nocif de l'alcool a provoqué trois millions de morts dans le monde (5,3% des morts totales). Il représentait 5,1% de la charge mondiale (132,6 millions) des maladies et traumatismes, tels que mesurés par les années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY).

Parmi les morts attribuables à la consommation d'alcool en 2017, 28,7% étaient dues à des traumatismes, 21,3% à des maladies digestives, 19% à des maladies cardiovasculaires, 12,9% à des maladies infectieuses et 12,6% à des cancers.

La dangerosité de la consommation d'alcool est observable même à faible dose. En effet, les études récentes mettent en évidence une hausse significative de la mortalité attribuable à l'alcool au-delà d'un seuil de 10 verres d'alcool par semaine (100g d'alcool pur) (11,12).

A. Impact sanitaire en France

En 2015 en France, 7% des décès chez les plus de 15 ans étaient attribuables à la consommation d'alcool, soit un total de 580 000 décès. Parmi ces chiffres, 90% de ces décès étaient liés à des consommations supérieures à 53 grammes d'alcool pur par jour et 1% de ces décès (500 personnes) était attribuable à une consommation plus modérée entre 7 et 18 g/j (13).

Une étude de 2015 démontrait que près de 28 000 nouveaux cas de cancers étaient attribuables à la consommation d'alcool en France, soit 8 % des nouveaux cas, toutes localisations confondues. Selon cette étude, la consommation d'alcool était ainsi le second facteur de risque évitable de cancers après le tabac. Avec 8 081 nouveaux cas, le cancer du sein est le plus fréquent des cancers attribuables à la consommation alcool, suivi du cancer colorectal (6 654 cas), de la cavité buccale et du pharynx (5 675 cas), du foie (4 355 cas), de l'œsophage (1 807 cas) et du larynx (1 284 cas) (14).

En 2017, 22 363 passages aux urgences étaient en lien direct avec la consommation d'alcool, soit en moyenne 61 passages quotidiens ce qui représentait 1,86% des passages aux urgences toutes causes confondues en région Hauts-de-France (contre 1,38% au niveau de la France entière). Le taux de passage était plus élevé chez les hommes (2,72%) que chez les femmes (0,97%) et était le plus élevé chez les 46-60 ans (15).

B. Impact sur le système de soin

Les conséquences sanitaires du mésusage de l'alcool ont des répercussions sur le système de soin français. En 2012, on comptait plus de 580 000 séjours hospitaliers causés par la consommation d'alcool, soit 2,2% de l'ensemble des séjours et séances.

Sur le plan de la psychiatrie, plus de 2 700 000 journées étaient liées à la consommation d'alcool soit 10,4% du total des journées et 3,7% des actes ambulatoires de psychiatrie des établissements sous dotation annuelle de financement.

En Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), plus de 2 000 000 de journées liées à l'alcoolisation excessive ont été recensées, soit 5,6% de l'activité totale.

Les conséquences sont également financières : en 2012, l'estimation du coût de la consommation d'alcool en France s'élevait à près de 3,6% de l'ensemble des dépenses hospitalières (16).

2. Dimension économique

A. Un commerce lucratif

En 2011, le chiffre d'affaire de la vente de boissons alcoolisées en France s'élevait à 28,1 milliards d'euros. Ce chiffre d'affaire comprenait les dépenses des ménages, plus les exportations. En ce qui concerne l'emploi, un million de Français travailleraient de façon directe ou indirecte dans le secteur des boissons alcoolisées, soit environ 1 actif sur 26.(17)

Autre indicateur plus récent : en 2018, 2,9% du budget des ménages français étaient consacrés à l'achat de boissons alcoolisées soit 707 euros par an et par ménage en moyenne. (18)

B. Un coût social élevé

Cependant, les recettes importantes générées par ce commerce ne suffisent pas à contrebalancer les dépenses engendrées par les conséquences néfastes de la consommation d'alcool.

En 2015, un rapport de l'OFDT évaluait le coût social de la consommation d'alcool en 2010. Celui-ci était composé des ressources gaspillées du fait de l'existence des drogues (vies humaines, pertes de production, etc.) et de l'impact sur les finances publiques (soins des malades, recherches, prévention, etc.).

Ce dernier était évalué à 118 milliards d'euros. Dans ce calcul, la taxation sur les alcools ne représentait que 3,2 milliards d'euros, soit 42 % du coût des soins des maladies engendrées par sa consommation qui s'élevait à 7,7 milliards d'euros. Les pensions de retraite non versées, incluses également dans le calcul, ne représentaient que 1,7 milliards d'euros (19).

3. Conséquence sociale

A. Précarité

L'alcool est souvent associé à la précarité. D'après l'enquête sur les patients vus un jour donné en médecine de ville ou à l'hôpital menée en 2001, les personnes hospitalisées qui sont sans emploi ont 2,4 fois plus de risques d'être en situation d'alcoolisation excessive que ceux qui ont un emploi et 2,7 fois plus de risques d'être alcoolodépendantes (20).

Dans l'enquête SAMENTA réalisée en 2008, 21% des personnes sans logement personnel en Ile de France sont alcoolodépendantes (27 % chez les hommes, 9 % chez les femmes), 7 % présentent une consommation à risque (21).

Il faut remarquer cependant que cette association entre la consommation d'alcool et la précarité ne permet pas de déterminer un lien de cause à effet entre les deux problématiques.

B. Conséquences pénales

a. Sécurité routière

En 2019, la consommation d'alcool représentait un facteur comportemental fréquent chez les Auteurs Présumés d'Accidents Mortels (APAM) en France métropolitaine. En effet, il était présent pour 22% chez les 18-24 ans, 26% chez les 25-34 ans et les 35-54 ans, puis diminuait à 20% chez les 45-54 ans, 14% chez les 55-64 ans et 6 % chez les 65-74 ans (22).

b. Violence

Selon une enquête de l'Observatoire National de la Délinquance et de la Réponse Pénale (ONDRP) (23), 29% des victimes de violences physiques commises en dehors du ménage considéraient que l'auteur des violences était sous l'emprise d'alcool.

Parmi les victimes de violences physiques ou sexuelles commises par un membre du ménage, 34 % considéraient que l'auteur des violences était sous l'emprise de l'alcool ou d'une drogue.

c. Milieu carcéral

Selon une étude de 2004 (24) menée auprès de personnes incarcérées, on notait un taux de chômage supérieur chez les alcoolodépendants (50 % contre 39,4 %). La proportion de récidivistes était également plus importante (62 % versus 50,7 %) ainsi que la présence de souffrance psychique (21 % contre 6 %). L'âge plus élevé et l'isolement socio familial étaient significativement et indépendamment associés à la dépendance à l'alcool.

V. Rôle de la médecine générale

1. Un rôle de prévention

L'information et la détection des personnes en mésusage d'alcool s'inscrivent parfaitement dans le rôle de prévention du médecin généraliste défini par la *World Organization of National Colleges* (WONCA) Europe (25).

En effet, le médecin généraliste est en première ligne dans le dépistage du mésusage de l'alcool du fait de son activité et de sa proximité avec la population. Il est à noter qu'en 2014, 87,6% de la population avaient consulté son médecin généraliste dans les 12 derniers mois (26).

2. Un dépistage insuffisant

Cependant, le dépistage de la consommation d'alcool reste insuffisant en France : lors d'une étude réalisée en 2007 dans Le Puy de Dôme, seuls 11,22% des dossiers médicaux renseignaient la consommation déclarée d'alcool (CDA).(27)

Lors d'une étude franco-suisse réalisée en 2017 portant sur 12 mesures préventives réalisées par le médecin généraliste, la recherche du mésusage de l'alcool et le conseil minimal aux buveurs à risques étaient dans les dernières places avec respectivement 60 % et 66,6% de médecins les pratiquant. A titre de comparaison, le tabac était bien plus souvent abordé avec 95% de médecins pratiquant la recherche de tabagisme et 96,9% pratiquant le conseil minimal au fumeur (28).

VI. Objectif de l'étude

L'alcool est une substance potentiellement nocive pour la santé dont la consommation est largement répandue en France avec un retentissement médical, social et économique mesurable. Cependant, son dépistage en médecine générale reste insuffisant, notamment comparativement au tabac.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le ressenti du médecin généraliste lors de l'abord du sujet de la consommation d'alcool en consultation afin d'identifier les facteurs favorisant ou freinant son dépistage.

L'objectif secondaire était d'évaluer le ressenti du médecin généraliste lors de l'abord des autres addictions afin de rechercher d'éventuelles similitudes.

Matériel et méthode

I. Type d'étude

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative par entretiens semi-directifs.

II. Population et recrutement

L'étude a été réalisée auprès de médecins installés et exerçant une activité de médecine générale en libéral dans les départements de l'Aisne, l'Oise et de la Somme.

Nous avons procédé au recrutement sur appel via annuaire téléphonique. Afin d'obtenir un échantillon plus hétérogène et de faciliter les déplacements, il a été décidé de répartir les rendez-vous par période et par département.

Le sujet de la thèse, la méthodologie qualitative, les modalités du recueil de données et leur anonymisation ont été énoncés aux médecins ou aux secrétariats avant d'obtenir leur accord et de fixer un rendez-vous selon leurs disponibilités.

III. Recueil et traitement des données

1. Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé suivant un script d'entretien sous la forme d'un questionnaire semi-ouvert et enregistré via un dictaphone. L'élaboration du questionnaire a comporté une phase de test auprès de médecins et d'internes de médecine générale, ce qui a permis d'apporter des ajustements à l'enchaînement des questions et des relances.

Ce script (Annexe 1) était composé de 7 questions semi-ouvertes comportant des phrases de relance en vue de préciser, compléter ou reformuler certaines questions et d'une 8^{ème} question ouverte proposant aux médecins interrogés de revenir sur certains points abordés ou d'exprimer leur avis de façon plus générale. Les médecins interrogés n'avaient pas accès au questionnaire avant ou pendant l'entretien afin de ne pas influencer leurs réponses.

2. Traitement des données

Les entretiens audios ont été anonymisés et retranscrits en texte en respectant la structure de la communication verbale et non verbale (temps de pause, hésitation, réaction, etc.). Ces textes ont ensuite été analysés en théorisation ancrée via le logiciel N'Vivo® en procédant à un codage pour regrouper les mots, groupes de mots ou phrases en unités d'analyses. Ces dernières ont

ensuite été mises en relation et regroupées de façon thématique en accord avec l'objectif principal de recherche.

Plusieurs relectures entre les différents entretiens ont été réalisées afin de vérifier si les nouvelles unités d'analyse mises en évidence dans les entretiens récents pouvaient s'appliquer dans des entretiens précédents.

L'analyse des données a été réalisée au fil des recrutements et entretiens afin de déterminer le moment où la saturation des données était atteinte. La saturation des données est obtenue lorsque l'analyse des nouveaux entretiens n'apporte plus de nouvelles informations par rapport aux précédents.

Résultats

I. Recrutement et entretiens

Le recrutement téléphonique a débuté le 02/07/2018 et s'est terminé le 27/03/2019. En tout, 102 appels téléphoniques ont été réalisés soit : 33 dans l'Aisne, 49 dans l'Oise et 20 dans la Somme.

La principale cause de non-inclusion dans l'étude a été l'absence de réponse lorsqu'un message était transmis via le secrétariat ou lorsque le médecin devait recontacter le recruteur.

Les motifs de refus lorsqu'ils ont été exprimés étaient : l'absence de temps ou de disponibilité, le refus de participer à un entretien en présentiel et le refus de participer aux études en général.

Vingt-cinq rendez-vous ont été réalisés entre le 12/07/2018 et le 02/04/2019. Soit en tout 8 entretiens dans la Somme, 7 dans l'Oise et 9 dans l'Aisne. La durée moyenne des entretiens était de 11min 38s, le plus court étant de 5min 34s et le plus long 24min 24s. Un des entretiens n'a pas pu être inclus dans l'étude du fait d'un problème d'enregistrement amenant le total à 24 entretiens pour arriver à la saturation des données

N°	Sexe	Milieus	Département	Cabinet	Patients par jour	Age	Années d'exercice
1	Homme	Semi rural	Somme	En Groupe	22	39	14
2	Femme	Semi rural	Somme	En Groupe	22	38	8
3	Homme	Rural	Somme	En Groupe	30	30	2
4	Homme	Semi rural	Oise	En Groupe	47	62	30
5	Homme	Semi rural	Somme	Seul	16	70	29
6	Femme	Semi rural	Oise	En Groupe	20	35	2
7	Femme	Semi rural	Somme	En Groupe	37	34	2
8	Homme	Ville	Somme	Seul	30	58	25
9	Homme	Ville	Somme	Seul	30	53	26
10	Femme	Rural	Aisne	En Groupe	17	58	27
11	Homme	Rural	Aisne	En Groupe	20	61	27
12	Homme	Ville	Aisne	Seul	60	60	30
13	Femme	Semi rural	Aisne	En Groupe	30	42	12
14	Homme	Semi rural	Oise	En Groupe	50	59	26
15	Femme	Semi rural	Somme	En Groupe	15	55	25
16	Femme	Rural	Oise	Seul	35	33	4
17	Homme	Ville	Oise	En Groupe	30	32	2
18	Homme	Ville	Oise	Seul	24	58	1
19	Femme	Ville	Oise	En Groupe	40	57	26
20	Femme	Ville	Aisne	Seul	22	64	34
21	Homme	Rural	Aisne	Seul	37	38	3
22	Femme	Ville	Aisne	En Groupe	30	53	21
23	Femme	Semi rural	Aisne	En Groupe	23	37	1
24	Homme	Semi rural	Aisne	En Groupe	30	35	5

II. Image de l'alcoolisme

1. Une approche quantitative

A. Une consommation excessive

Plusieurs médecins ont évoqué une définition de l'alcoolisme reposant sur une consommation excessive :

- N°11 : « [...] sinon des patients qui consomment excessivement de l'alcool avec des signes cliniques, des signes biologiques d'une consommation excessive régulière. »
- N°14 : « Un patient alcoolique est quelqu'un qui a une consommation excessive d'alcool, [...] »
- N°16 : « Un patient alcoolique ; a priori c'est un patient qui a une consommation excessive d'alcool. »

a. Une consommation excessive par rapport à un seuil recommandé

Cette consommation excessive était également caractérisée par certains praticiens comme dépassant un seuil recommandé :

- N°2 : « Pour moi, c'est un patient qui a une consommation d'alcool euh [pause] au-delà de la limite recommandée... »
- N°23 : « D'un point de vue médical, pour moi c'est si je trouve une consommation trop importante au vu des recommandations. »

L'un d'entre eux citait le seuil de 2 verres par jour :

- N°19 « Donc un patient alcoolique c'est un patient qui boit tous les jours de deux à beaucoup de verres, quel que soit l'alcool [...] »

D'autres évoquaient 3 verres par jour :

- N°1 : « Euh c'est un patient qui consomme plus de... Alors en théorie, plus de 30g d'alcool par jour il me semble. »
- N°3 : « C'est un patient qui consomme au quotidien... avec une consommation on va dire d'un équivalent de plus de 3 verres de vin par jour notamment. »
- N°5 : « Pour moi, c'est un patient qui consomme plus de 3 verres d'alcool. Alors pareil, que ce soit de la bière, du whisky... Aux doses connues, plus de 3 par jour régulièrement. »

Certains faisaient une différence entre homme et femme en citant un seuil de 2 verres par jour pour les femmes et 3 pour les hommes :

- N°10 : « *Donc je pense qu'une femme qui boit plus de 2 verres par jour, ou l'équivalent parce que 2 verres c'est... ça peut être une bière, ça peut être un apéritif ou un verre de vin, est considérée comme alcoolique, pour un homme c'est au-delà de 3 à 4 verres, c'est de l'alcoolisme.* »
- N° 24 : « *Donc 2 à 3 verres de manière quotidienne. Après je sais qu'il y a une différence entre les quantités chez les hommes, chez les femmes.* »

Enfin un autre médecin citait un seuil de plus de 4 verres pour les femmes et 6 pour les hommes :

- N°22 : « *On avait dans l'idée qui consomme, je ne sais plus, quatre verres par femme et 6 pour les hommes d'après ce que j'ai pris connaissance.* »

b. Une consommation excessive ponctuelle

Pour d'autres, cette consommation excessive pouvait également être définie comme aigüe et ponctuelle :

- N°10 : « *[...] après il y a aussi une autre notion qui est récente, c'est le binge drinking puisque ça touche plus les jeunes. C'est-à-dire un alcoolisme qui est aigu et qui peut être, par exemple, qu'hebdomadaire mais qui est quand même un alcoolisme aigu [...]* »
- N°12 : « *Ceux qui boivent très peu la semaine mais qui commencent dur vendredi soir, au samedi, samedi midi, dimanche midi voire dimanche soir avec une consommation...importante !* »
- N°15 : « *Après il y a des alcoolismes qui ne sont pas forcément comme vous dites, qui est occasionnel et ils se retrouvent à boire je ne sais pas combien de whisky en un week-end, enfin bref.* »

B. Une consommation régulière

La notion de régularité dans la consommation était évoquée par de nombreux médecins comme un élément définissant le patient alcoolique :

- N°12 : « *Une consommation excessive que ce soit régulière ou occasionnelle du week-end.* »
- N°21 : « *C'est un patient qui consomme régulièrement de l'alcool.* »

a. Une consommation quotidienne

Certains définissaient l'alcoolisme par une consommation quotidienne d'alcool :

- N°10 : « *Alors moi, je me réfère à ce que j'ai appris à la fac, c'est-à-dire, on va parler d'alcoolisme à partir du moment de la consommation journalière, quotidienne. »*
- N°22 : « *Bah c'est un patient qui consomme, je dirais quand même tous les jours, je pense. »*
- N°15 : « *[rire] Bah un patient alcoolique c'est un patient qui boit tous les jours [...]*

b. Une consommation sur la durée avec une évolutivité

D'autres ajoutaient la notion de consommation sur la durée, certain ajoutaient la notion d'évolution dans le temps :

- N°3 : « *C'est un patient qui consomme au quotidien... [...] Depuis plusieurs mois ou plusieurs années [...]* »
- N°7 : « *Bah c'est un patient pour lequel la consommation d'alcool euh... a ou aura des conséquences à la fois sur sa santé mais aussi sur toute la sphère sociale, enfin... Donc qui n'a pas forcément de répercussion actuellement mais qui en aura forcément un jour ou l'autre, voilà. »*
- N°8 : « *Dès l'instant où le patient prend de manière quotidienne des boissons alcoolisées, moi j'appelle ça un petit peu un alcoolisme mondain quand même, dans un premier temps et après on peut devenir peut-être alcoolique, je dirais pur et dur, jusqu'à boire sa bouteille de Ricard dans la journée [...]* »

2. Une définition basée sur le retentissement

La personne alcoolique était considérée comme malade par plusieurs médecins :

- N°4 : « *C'est un malade dépendant de l'alcool. »*
- N°18 : « *C'est-à-dire le patient alcoolique c'est un patient comme tous les autres qu'il faut soigner, qu'il faut aider à se prendre en charge. Ça c'est tout ce que je fais. »*

Cette définition s'accompagnait de plusieurs critères

A. Une personne dépendante

La notion de dépendance était également exprimée comme une caractéristique déterminante :

- N°13 : « *Un patient qui est dépendant à sa consommation d'alcool ou alors qui a des effets déjà sur sa santé par rapport à sa consommation d'alcool. »*

a. Signe de manque

Cette dépendance était parfois associée à des signes de manque :

- N°18 : « *Un patient alcoolique, c'est un patient qui est dépendant à l'alcool quoi. C'est-à-dire qu'il peut plus s'en séparer et s'il s'en sépare il présente des signes de manque.* »
- N°19 : « *Donc c'est une addiction et comme toute forme d'addiction il y a l'alcool. [...] qui peut pas s'en passer enfin qui est mal s'il en a pas. Différentes sortes de mal mais voilà.* »

b. Problème reconnu par le patient

Certains médecins allaient plus loin et précisaient que cette dépendance devait être reconnue par le patient :

- N°6 : « *Alors déjà quelqu'un qui va être dépendant et qui va me dire qu'il est dépendant à l'alcool.* »
- N°23 : « *Patient alcoolique. Bon déjà un patient bah... À qui ça pose problème, qui va venir m'en parler, au niveau de sa consommation d'alcool indépendamment de la quantité ingérée.* »

c. Absence de contrôle malgré des effets nocifs

- N°17 : « *Un patient alcoolique c'est quoi. Bah c'est quand il y a une dépendance à l'alcool. La dépendance c'est plutôt... Moi je dis, c'est quand ça nuit à l'état de santé et quand la personne le sait, elle peut pas s'empêcher de consommer alors que... Elle sait que c'est nocif.* »

B. Retentissement médical et biologique

a. Retentissement médical

Les conséquences médicales du mésusage de l'alcool étaient désignées comme un élément déterminant de la personne alcoolique :

- N°13 : « *Un patient qui est dépendant à sa consommation d'alcool ou alors qui a des effets déjà sur sa santé par rapport à sa consommation d'alcool.* »
- N°16 : « *Un patient alcoolique, a priori c'est un patient qui a une consommation excessive d'alcool. En tout cas pour moi qui a une conséquence sur sa santé [...].* »

Le facies et la présentation étaient également des caractéristiques évoquées chez plusieurs médecins :

- N°9 : « *Bonne question ! [Rire] Alors, facies déjà... Une présentation voilà.* »
- N°20 : « *La première chose c'est le regard, c'est l'opinion que vous avez sur le patient. Celui-là il boit, celui-là il boit pas.* »

b. Retentissement biologique

Pour certains, ce retentissement médical était mesurable sur la biologie :

- N°2 : « *Un patient alcoolique pour moi, c'est quelqu'un qui va avoir des retentissements de sa consommation d'alcool. Un retentissement clinique ... clinique ou biologique.* »
- N°3 : « *Donc le profil habituel, c'est souvent les patients qui ont des anomalies donc au niveau hépatique, au niveau de leurs prises de sang touchant le foie en général, c'est souvent cela.* »
- N°22 : « *Mais c'est aussi parce que le bilan biologique est perturbé. Enfin c'est surtout ça pour moi une personne alcoolique.* »

C. Retentissement Psycho-comportemental

Pour deux médecins, ce retentissement pouvait être psychiatrique ou altérer la personnalité même du patient :

- N°3 : « *C'est un patient qui consomme au quotidien... [...] Avec un retentissement sur sa vie quotidienne, sur le plan psychiatrique [...].* »
- N°15 : « *Quelqu'un qui est alcoolique, c'est quelqu'un qui perd vraiment... qui perd tous ses repères au fil du temps. Qui est pas quelqu'un d'intéressant à discuter. Enfin, il y a quand même des traits de caractères des alcooliques, on arrive à un moment où ils sont tellement mieux quand ils n'ont pas bu quoi [rire].* »

D. Conséquence sociale et judiciaire

Les conséquences socio-professionnelles et judiciaires du mésusage de l'alcool étaient citées comme un élément de définition :

- N°14 : « *Oui c'est une drogue qui peut désinsérer très vite une famille, qui crée beaucoup de soucis dans la famille, au niveau du dévouement, au niveau de la justice, permis et tout ça, c'est assez compliqué.* »
- N°15 : « *[rire] Bah un patient alcoolique, c'est un patient qui boit tous les jours, qui a des répercussions sur sa vie de tous les jours, sa vie familiale, sa vie professionnelle.* »
- N°23 : « *[...] pour moi, c'est si je trouve une consommation trop importante [...] qui a une conséquence métabolique, clinique ou sociale au niveau du patient* ».
- N°24 : « *Après je dirais l'alcoolisme c'est aussi ce que ressent le patient et le... Ce qui ... Comment je peux dire ? Comment lui vit la chose. S'il y a un retentissement important au niveau social, professionnel.* »

E. Un contexte défavorisé

Plusieurs praticiens soulignaient l'association entre consommation d'alcool et un contexte défavorisé :

- N°3 « *Des personnes qui sur le plan social vont être plutôt isolées ou qui ont des problèmes professionnels, notamment en cours ou personnels du type conjugaux notamment.* »
- N°10 : « *Par rapport à la population avec laquelle on est confronté, Il n'y a pas que l'alcoolisme. Parce que c'est un tout. Il y a un tabagisme énorme. Il y a une misère.* »
- N°17 : « *Enfin en tout cas c'est difficile parce que les personnes souvent, elles sont dans diverses situations donc par exemple elles n'ont pas beaucoup de revenu [...]* »

3. Un problème universel et complexe

A. Un problème universel

Plusieurs médecins expliquaient que l'alcoolisme touchait des profils variés :

- N°3 : « *C'est vrai que ça touche bien sûr les deux sexes. Après au niveau de l'âge c'est vrai que j'en ai pas... enfin ça se voit... on peut le voir quasiment dès l'adolescence ce type de problème et à un certain âge aussi. J'en ai aussi à la maison de retraite qui sont concernés.*»
- N°11 : « *Particulier c'est surtout pour nous, on a remarqué d'année en année... qu'il y a une... une... un pourcentage important de la population dans la région qui a des problèmes avec l'alcool. Un pourcentage important, on en apprend tous les jours.* »
- N°23 : « *Mais c'est vrai que ça touche tout niveau socioculturel. Homme ou femme indépendamment... Enfin sur le peu de patients que j'ai alcoolique ou ancien alcoolique on va dire que c'est vraiment réparti sur toutes les couches sociales, les âges, homme, femme indépendamment.* »

B. Une définition complexe et multiple

Les médecins avaient parfois du mal à définir clairement l'alcoolisme :

- N°8 : « *Après le terme alcoolique qu'est-ce qu'on entend par là ? Est-ce que c'est seulement la personne qui est ivre mort ou qui, qui arrive à des stades de consommation d'alcool énormes comme ça ? Moi je pense pas. C'est vrai que la définition, elle est un petit peu vague dans mon esprit quoi. [...] Si c'est uniquement prendre de l'alcool comme ça où disons qu'on a des complications médicales liées à la prise d'alcool de manière régulière et à partir de là on est étiqueté, entre guillemets, malade [...] mais si c'est une... la personne*

qui n'arrive pas à se sevrer aussi ... en fait j'ai pas... C'est un peu tous ces termes qui me viennent à l'esprit quoi. »

- N°11 : *« Pour moi il y a deux... Deux définitions qui pourraient... Comment... Désigner un patient alcoolique : un patient qui a déjà eu des problèmes à cause de l'alcool, des problèmes de santé, des problèmes d'ordre social ou d'ordre judiciaire et sinon des patients qui consomment excessivement de l'alcool avec des signes cliniques, des signes biologiques d'une consommation excessive régulière. »*
- N°17 : *« Après pour moi, il n'y a pas vraiment de notion de quantité mais bon. C'est pour ça que la définition est un peu borderline je pense. On sait jamais quand on est dépendant ou pas. D'ailleurs les patients ne le savent pas et les médecins, sans doute, ont du mal avec la définition exacte. »*
- N°21 : *« C'est du cas par cas et c'est très différent [...] il y a la personne qui va boire son verre de vin tous les jours pendant 40 ans et puis il va avoir une pathologie hépatique... On sait pas... On ne sait pas, mais on sait au final sans se l'être vraiment avoué. Il y a celui qui va être à trois grammes tous les jours et puis il y a les entre-deux. »*

III. Le rapport personnel à l'alcool

1. Une image positive et conviviale

Une grande partie des médecins interrogé décrivait un rapport personnel plutôt positif à l'alcool. Souvent associé aux occasions conviviales telles que week-end, apéritifs et fête :

- N°5 : *« Le soir quand il fait beau, on boit un petit coup de rosé comme ça au soleil sur le balcon, ça fait pas de mal. »*
- N°8 : *« Oh bah moi j'aime bien hein. C'est sûr que je rechigne pas à prendre des boissons, de l'alcool. [...] Mais je ... Oui je reste bon vivant quoi, en société bah j'aime bien. [Rire] »*
- N°9 : *« Si j'ai un bon rapport avec l'alcool ? [Rire] Oui j'ai un bon rapport. »*
- N°13 : *« On boit de l'alcool facilement je dirais, avec mon conjoint un verre de vin le soir avec notre fromage. Et ça a plus un côté festif. Quand on a de la famille, quand on a des amis à la maison on va facilement sortir une bouteille de vin ou un apéritif. »*
- N°15 : *« J'avoue que le week-end j'aime bien prendre l'apéritif et puis lorsqu'il y a des réunions d'amis, de famille, oui j'aime bien boire certains alcools. »*

2. Une consommation occasionnelle et raisonnée

A. Pas de dépendance

Certains déclaraient ne pas se sentir dépendants :

- N°6 : « *Personnellement, je ne suis pas dans une démarche d'addiction moi-même.* »
- N10 : « *Alors moi, je me considère pas comme une alcoolique parce que je ne bois pas tous les jours.* »
- N°22 : « *Mais bon je pense pas que je sois dépendante à l'alcool, mais je consomme de l'alcool ça c'est clair* »

B. Une consommation occasionnelle

Pour beaucoup cette consommation était qualifiée d'occasionnelle, voire exceptionnelle :

- N°1 : « *J'en consomme... très occasionnellement.* »
- N°5 : « *J'aime bien boire de l'alcool mais c'est occasionnel. C'est le... le samedi, dimanche et [pause] sans plus. [Pause] De toute façon c'est pas régulier.* »
- N°6 « *Après dans ma vie personnelle, je consomme occasionnellement, voilà.* »
- N°7 : « *J'ai su faire la fête à une époque mais maintenant je bois même pas un verre par semaine.* »
- N°14 : « *Je ne bois jamais d'alcool, vraiment de façon exceptionnelle, jamais d'alcool fort vraiment, une coupe de champagne de temps en temps et c'est tout.* »

C. Une consommation régulée

Quelques praticiens se fixaient des règles de consommation :

a. Pas de consommation en semaine

- N°8 : « *Par contre, j'ai cette notion de pas d'alcool la semaine ou alors vraiment s'il y a une circonstance particulière.* »
- N°9 : « *Je bois pas en semaine.* »

b. Ne pas boire tous les jours

- N°15 : « *Je suis pas quelqu'un qui consomme de l'alcool tous les jours, certainement pas.* »
- N°21 : « *Je consomme de façon raisonnable à mon avis, mais je consomme pas tous les jours.* »
- N°24 « *Moi personnellement, je bois pas du tout la semaine. Pas tous les jours.* »

c. Ne jamais boire seul

- N°13 : « *Je bois jamais quand je suis toute seule [...]* »

d. Ne pas boire jusqu'à l'ivresse

- N°15 : « *Enfin boire, pas être ivre. Je crois que je n'ai jamais pris une cuite entre guillemets. [Rire]* »

3. Un rapport à l'alcool plus complexe pour certains médecins

A. Des médecins non-consommateurs

Parmi toutes les personnes interrogées, trois médecins se considéraient comme non-consommateurs. Pour deux d'entre eux, la seule exception faite concernait les consommations festives, parfois plutôt par convention sociale :

- N°3 : « *D'accord, donc c'est vrai que je ne consomme pas. Donc ça se limite à cela. Comme je ne consomme pas, je peux pas vraiment ... Vraiment occasionnellement dans une fête, je prends même pas 1 ml. Voilà c'est juste pour faire plaisir aux personnes qui me l'offrent mais je finis jamais mon verre. Donc occasionnel et vraiment très, très minime.* »
- N°17 : « *Je consomme très peu d'alcool, à part quand c'est festif. Mais mon rapport, c'est j'ai jamais été gros consommateur, à part si vraiment on me propose, pourquoi pas, mais en règle générale, j'irai pas acheter du tout personnellement.* »

Un autres ne consommant pas d'alcool déclarait que cela pouvait parfois le laisser dans l'incompréhension vis-à-vis de certaines personnes dépendantes :

- N°18 : « *Moi je ne bois pas [rire]. Donc c'est un peu compliqué. Je ne bois pas et parfois j'ai... J'ai beaucoup de pitié pour ceux qui sont accros. Je me pose même la question : pourquoi certaines personnes ne puissent pas résister à l'alcool. Mais bon...* »

B. Consommation excessive

a. Personnelle

Deux médecins déclaraient une tendance passée ou présente à l'excès, les poussant par conséquent à maintenir un certain contrôle sur eux-mêmes :

- N°8 : « *Quelques fois, il y a une période de ma carrière où là, facilement j'aurais pris un whisky le vendredi soir. Puis après je travaillais le samedi donc c'était la veille des week-ends, puis après le samedi et après je me dis, tiens le mercredi soir j'ai un petit creux*

j'aimais bien. J'ai fait ça 2 – 3 mois puis je me dis : « Attends mais là... ». Puis petit à petit on bascule doucement, alors j'ai mis un frein à tout cela. »

- N°11 : *« Moi je pense que j'ai une consommation qu'on peut qualifier d'excessive sans qu'il y ait, comment, de stigmatisme biologique ... biologique c'est-à-dire ma prise de sang ... Bon j'ai pas fait les CDT mais tout ce qui est bilan hépatique, VGM, ont l'air normal. En tout cas, si la définition est consommation de plus de 3 unités d'alcool par jour, oui. Si je fais attention, je dépasse pas, mais si je fais pas attention, je dépasse cette moyenne-là. »*

b. Dans l'entourage

Un autre déclarait avoir été confronté à un mésusage de l'alcool dans son entourage :

- N°10 : *« Moi mon rapport personnel avec l'alcool c'est que je connais pas mal d'alcooliques dans mon entourage qui s'ignorent ou qui ne veulent pas le voir parce que... parce que justement, en France leur rapport...l'alcoolisme pour les gens, c'est essentiellement rouler sous la table. Donc dans mes proches, oui il y a des gens qui boivent trop. »*

IV. L'abord de l'alcoolisme en consultation

1. Quand aborder le sujet

A. Un abord généralisé et systématique

Certains médecins déclaraient aborder le sujet de façon systématique :

- N°23 : *« Alors de manière générale, je l'évoque systématiquement. »*

a. Bilan de santé

Cet abord systématique pouvait être inscrit dans un bilan de santé global, notamment chez les nouveaux patients :

- N°2 : *« Si je prends un exemple de patients que je n'ai jamais vu, je sais que je leur demande systématiquement s'ils fument ou pas et que derrière je leur demande aussi est ce qu'ils consomment de l'alcool. »*
- N°3 : *« C'est parfois un sujet délicat qu'on évoque parfois sur un premier contact avec le patient. Lorsque le patient est un nouveau patient ou autre on évoque aussi souvent le sujet. »*
- N°8 : *« J'essaye d'aborder ça de manière... au même titre que : « Combien vous pesez ? », « Est-ce que vous avez pris du poids ? », « Est-ce que vous avez un traitement à prendre ? » [...] Mais bon je le ... je demande vraiment de... je dirais à tout le monde quoi. Donc*

comme une question : « Est-ce que vous avez fait du diabète déjà ? », « Est-ce que le cholestérol ? », « Est-ce que votre ancien médecin... », « Vous étiez suivi pour ça ? », « Pour ça ? ». « Est-ce que boisson alcoolisée, ça vous arrive ? », « Bah oui », « Bah non ». Vous voyez. [...] C'est un truc que je mets dans mon interrogatoire de manière un petit peu systématique. »

- N°23 : « Ça fait partie des questions que je m'oblige à poser à tout patient. Je vous dis comme le tabac, la drogue et au niveau du rythme... [...], le travail qu'il fait, enfin voir vraiment l'ensemble des données qui peut amener à penser après par la suite à certaines pathologies. »
- N°24 : « Alors je leur demande par exemple sur des premières consultations, quand on voit des patients pour la première fois, c'est le questionnaire basique : « Est ce que vous fumez ? », « Est ce que vous buvez oui ou non ? ». »

Cependant, le dernier médecin interrogé reconnaissait ne pas aborder le sujet systématiquement par la suite, lors du suivi du patient :

- N°24 : « Après c'est vrai que c'est rare qu'on revienne dessus sur une consultation de routine, voilà, pour la tension ou autres. »

b. Une démarche préventive

Plusieurs médecins abordaient le sujet de l'alcoolisme dans le cadre d'une démarche de prévention.

Les femmes enceintes étaient interrogées systématiquement pour trois d'entre eux :

- N°2 : « Ah, Je ... Il y a une catégorie de personnes chez qui j'oublie pas de le demander, c'est les femmes enceintes. Pour le coup, je le demande systématiquement sans difficultés. »
- N°4 « Bon là au cours des grossesses, ça c'est sûr, je vais dire là-dessus c'est très clair, c'est alcool zéro. Ça c'est incontournable. »
- N°21 : « Ça c'est une première chose et l'autre chose c'est dans les milieux enfin tout ce qui est prévention cardiovasculaire surtout ça vient facilement et femme enceinte. C'est vraiment les consultations premières... »

Toujours dans une démarche de prévention, un médecin abordait le sujet en cas de prise médicamenteuse :

- N°22 : « *Je l'aborde surtout quand ils ont des facteurs de risque aussi et que... enfin c'est surtout quand ils prennent des médicaments, quand ils ont des antécédents cardiovasculaires, qui ont des incidences sur le plan hépatique.* »

B. Une approche ciblée au cas par cas

De nombreux médecins n'abordaient pas le sujet en l'absence de point d'appel ou d'une demande du patient :

- N°1 : « *Je l'aborde rarement quand rien n'y pousse. Pas de manière spontanée [...]. C'est pas forcément quelque chose que je recherche de manière spontanée chez quelqu'un chez qui j'ai aucun doute. A tort peut-être d'ailleurs.* »
- N°9 : « *Mais c'est pas une question systématique à tout le monde.* »
- N°21 : « *Alors c'est pas quelque chose qui vient spontanément alors que ça devrait peut-être venir plus souvent en fait.* »
- N°22 : « *Non j'aborde pas spontanément l'alcool. Je demande pas aux gens : « combien vous buvez ? » ... Ça jamais, s'ils ont pas, entre guillemets, s'ils ont pas émis le fait qu'il y avait un problème avec l'alcool quoi.* »

a. Des signes d'appel cliniques

Certains abordaient le sujet face à des signes cliniques notamment hépatiques et cardiovasculaires :

- N°9 : « *Mais c'est pas une question systématique à tout le monde, je vais m'orienter sur un bilan biologique ou sur une impression clinique.* »
- N°11 : « *Si ce sont des personnes qui ont déjà des problèmes de santé dû à l'alcool tels que tremblements, problèmes hépatiques, tels que hépatite ou bien pancréatite ou bien cirrhose. Donc le... on va aborder l'alcoolisme.* »
- N°13 : « *Quand je vois un signe clinique qui va me faire penser ou un résultat de bilan biologique [...] Bah les gens qui ont des problèmes de tension souvent, ceux qui me disent qu'ils ont une hypertension artérielle, je vais quand même leur poser la question* »
- N°24 : « *Après il y a différent... enfin je pense aussi, il y a des gens, faut y penser aussi quand ils ont fait un infarctus voilà, où l'alcool peut éventuellement poser problème.* »

Les médecins citaient également les signes physiques d'alcoolisation chronique ou aigüe :

- N°9 : « *Bon alors, si par exemple quelqu'un... je pense les gens qui sont un peu en déséquilibre qui élargit son polygone de sustentation.* »

- N°13 « *Après cliniquement, il y a des fois... Il y a des gens qui sentent quand même un peu.* »
- N°14 : « *Après en fonction des gens, en fonction du faciès, on va insister un petit peu plus si on a l'impression qu'ils consomment.* »
- N°15 : « *Bah un patient qui arrive à 14h et qui sent le vin, je demande un peu ce qu'il a consommé le midi déjà... en semaine.* »
- N°24 : « *On va dire, c'est vrai, que les hommes chez qui j'ai abordé le sujet, il y avait des signes physiques évidents. Les patients avaient des signes de manque, où on voit ils sont un peu rouges, le rhinophyma, les choses comme ça.* »

b. Des signes d'appel biologiques

Les signes d'appel biologiques étaient souvent évoqués, notamment les gamma GT, les transaminases, le bilan lipidique et le volume globulaire moyen (VGM) :

- N°3 : « *Euh effectivement c'est souvent... souvent le cas devant des points d'appel biologiques, notamment une macrocytose isolée, un taux de gamma GT élevé ou de triglycérides élevés. Ça amène souvent à la discussion* »
- N°9 : « *Après bon, s'il m'en parle et après sur la prise de sang. Voilà si je vois des gamma GT élevées, des transaminases élevées, là je me poserai la question.* »
- N°17 : « *[...] si on trouve une biologie un petit peu douteuse, voilà on peut évoquer la question.* »

c. Patient anxiodépressif

La question était évoquée face à des patients en situation anxiodépressive :

- N°3 : « *Alors effectivement, c'est en général face à des troubles parfois psychologiques qu'on aborde le sujet sur les consommations addictives, que ce soit alcooliques, médicaments ou autres substances toxiques.* »
- N°16 « *Le dépressif peut-être oui, je vais lui demander si, à côté de ses médicaments, s'il n'a pas consommé un peu d'alcool pour se détendre entre guillemets.* »
- N°21 : « *Et quelqu'un qui est un petit peu en misère psychologique, oui ça va peut-être plus me faire penser à l'alcool [...]* »

d. Contexte socio-professionnel défavorisé

De manière plus générale, un certain nombre de médecins recherchaient un alcoolisme en cas de contexte socio-professionnel difficile :

- N°3 : « *Des personnes qui, sur le plan social vont être plutôt isolées ou qui ont des problèmes professionnels, notamment en cours ou personnels, de types conjugaux notamment. C'est vers ce type de patient que, souvent, on va étayer la question effectivement pour moi, en général. [...]* »
- N° 17 : « *Bah il faut un point d'appel. Si on sent que la personne, elle a une odeur œnologique ou si jamais on sait que c'est une personne un peu marginalisée, [...]* »
- N°21 : « *Alors quand je l'aborde de façon spontanée c'est que, soit je connais le contexte, je connais la famille ou le milieu du patient on va dire.* »

e. Limite : des signes parfois absents ou peu spécifiques

Plusieurs faisaient remarquer que les signes d'appel biologiques et cliniques n'étaient pas forcément spécifiques et pouvaient induire en erreur :

- N°3 : « *Les points d'appel sur lesquels je me base sont pas toujours spécifiques complètement. On n'a pas une certitude à 100% que le patient consomme [...]. Mais c'est vrai des fois que c'est un peu plus litigieux et c'est face à ces cas litigieux que j'ai plus de remords et de, parfois, de réticence à aller plus loin.* »
- N°6 : « *Même une prise de sang, c'est pas toujours indicateur.* »
- N°22 : « *La preuve, ça m'est arrivé une fois chez cette certaine patiente où elle avait vraiment la tête de quelqu'un ... et elle avec un peu de gamma GT, et en fait bon c'était pas ça du tout.* »

D'autres soulignaient la difficulté à aborder le sujet en consultation en absence de signe d'appel ou de motif de consultation associé :

- N°3 : « *Mais après, c'est un peu plus difficile parfois, de l'évoquer sans qu'il n'y ait pas de points d'appel, ça me paraît clair.* »
- N°7 : « *Bah... c'est... c'est peut-être plus facile quand c'est vraiment franc enfin. Je pense qu'il y a beaucoup de gens qui consomment trop, pour qui c'est un peu caché, ou il n'y a pas encore de stigmates ni physiques ni... pour l'instant.* »
- N°7 : « *Si le motif de consultation fait qu'il y a peut-être un lien avec ça je trouve que c'est plus facile d'en parler que d'en parler comme ça, brut [...] et si le sujet ne s'y prête pas, je trouve que c'est peut-être plus compliqué, peut-être qu'on a des a priori là-dessus.* »

C. Une demande extérieure

a. Demande du patient

Beaucoup de médecins signalaient que l'initiative pouvait venir de l'extérieur, notamment du patient lui-même :

- N°1 : « *Il y a des patients qui eux-mêmes en parlent plus ou moins ouvertement.* »
- N°4 : « *Et bah, ça dépend si le malade en parle spontanément ou pas c'est...* »
- N°24 : « *Et au final, c'est quand même plus souvent les gens qui viennent vers moi et qui me disent « Bon bah voilà j'ai un problème avec l'alcool. ». »*

b. Demande de l'entourage

La demande pouvait également venir de la famille ou de l'entourage :

- N°6 : « *J'ai eu un patient où j'ai compris tout de suite qu'il y avait un problème avec l'alcool. C'était sa femme qui était motivée, qui l'a mis en exergue dans l'entretien alors que l'entretien à la base, c'était pour avoir un nouveau médecin traitant et me demander d'être médecin traitant.* »
- N°9 : « *Parfois c'est la famille qui en parle un petit peu donc on essaie de tendre la perche s'ils veulent en parler.* »
- N°11 : « *Des fois aussi c'est l'entourage qui m'en parle. L'entourage que ce soit la famille ou le voisin ou les amis ou les conjoints qui parlent de la consommation de l'autre personne sans que je demande quoi que ce soit.* »
- N°20 : « *C'est quelqu'un qui me l'a dit : « Eh bien dit donc il était bien arrangé votre patient hier soir ». »*

Pour un médecin la présence de l'entourage était à double tranchant. Elle pouvait constituer une aide mais aussi un frein au dialogue :

- N°3 : « *C'est plus difficile d'aborder la question quand il y a beaucoup de monde dans la salle de consultation, quand la personne est parfois accompagnée. Ça peut être parfois un facteur facilitant si la personne... si la personne est plutôt en faveur de trouver... de trouver une solution [...] »*

c. Les demandes spontanées relativement rares

Trois médecins soulignaient la rareté des demandes spontanées :

- N° 10 : « *Alors j'ai certaines femmes qui viennent me voir en me posant la question : « Docteur est-ce que je suis alcoolique ? ». C'est très rare. C'est très rare, très, très, très rare mais ça arrive de temps en temps. »*
- N° 11 : « *C'est très rare, j'ai quelques cas où les gens disent : « Je peux pas m'en passer, je suis comme ça, je passe mes week-ends avec des personnes qui consomment pareil voilà ». Très, très peu en parlent de leurs problèmes avec l'alcool et qui disent qu'ils peuvent pas pour le moment s'en passer. »*
- N° 23 : « *Bah à part le patient qui arrive, qui vient pour cette raison-là, qui m'en parle directement, bon ça m'est peut-être arrivé 2 fois [...] »*

d. Contexte judiciaire

Parfois, les patients abordaient le sujet dans le cadre de démarches judiciaires, principalement des retraits de permis, ce qui pouvait paradoxalement favoriser le dialogue selon certains médecins :

- N°4 : « *Une autre façon aussi ou l'alcool se pose, c'est par rapport à la perte du permis. Ça c'est sûr là c'est... C'est plus facile. »*
- N°11 : « *La plupart du temps, c'est suite à des gens qui ont des problèmes avec l'alcool. Soit d'ordre judiciaire, peut-être le retrait de permis ou comment... des rixes suite à la consommation excessive d'alcool ou... Là pour ces personnes-là, de toutes façons elles viennent et puis parlent directement de la consommation d'alcool [...] »*
- N°12 : « *On a beau essayer de comment dire ... les sensibiliser et que si, malheureusement, ils se font arrêter et bien ils se passeront de bagnoles pendant quelques temps. Malheureusement ou heureusement, parce que parfois, c'est un arrêt qui est positif puisque ça leur permet de se rendre compte du problème, et être obligés de se prendre en charge. »*

2. Le type d'approche

Les médecins interrogés avaient des approches opposées.

A. Approche directe

Certains décrivaient une approche directe :

- N°1 : « *Je leur pose directement la question : est-ce qu'il consomme de l'alcool, quelle quantité. »*
- N°7 : « *Là alors après si ça s'y prête, je vais leur dire texto bah : « Et sinon vous consommez un peu d'alcool ? ». Voilà pour essayer d'entamer le sujet quoi. »*

- N°14 : « *Soit c'est quelqu'un que je connais, directement, franchement, de façon précise. Après en fonction des gens, en fonction du faciès, on va insister un petit peu plus si on a l'impression qu'il consomme* »
- N°17 : « *Généralement je le fais sans détour, comme ça on met les deux pieds dans le plat [...]* »

B. Approche indirecte

D'autres, plus nombreux préféraient une approche indirecte.

a. Choisir ses mots

Quelques médecins évitaient d'employer les termes alcool et alcoolique lors de leurs interrogatoires :

- N°5 : « *Je vais lui dire, euh : « Il faudrait peut-être diminuer... », je dis : « l'apéritif » Je dis pas alcool. Je dis l'apéritif.* »
- N°8 : « *J'emploie jamais le terme, si vous voulez, d'alcoolique mais : « Est-ce que vous prenez des boissons alcoolisées ? » »*
- N°9 : « *À la rigueur, je vais leur demander plutôt s'ils prennent l'apéro [...]* »

b. S'appuyer sur des examens paracliniques

L'utilisation de prise de sang ou d'examen clinique permettaient pour certains médecins de préparer la discussion notamment pour faire face à un déni du patient :

- N°5 : « *On triche un peu : On dit « Le cholestérol ça va pas, il faudrait boire un peu moins d'alcool et puis moins régulièrement ». Ça c'est le côté positif. Il faut y aller en louvoyant.* »
- N°10 : « *Je me sers de choses concrètes. [...] je ne vais pas leur dire : « Vous sentez l'alcool. ». Par contre, je peux leur dire « Votre foie, il ne va pas bien avec la prise de sang, l'échographie, il faut que vous fassiez attention, il faut... ». »*
- N°16 : « *Un bilan biologique peut être le moyen d'aborder le sujet : un bilan hépatique perturbé, un VGM un peu élevé ... voilà les triglycérides aussi souvent, j'insiste un peu là-dessus ou même le diabète en disant que les boissons alcoolisées, c'est sucré. Enfin j'essaie... C'est pas évident donc j'essaie de feinter un peu pour pas leur rentrer direct dedans parce que en général, quand on leur demande cash, bah ils nient en fait, ils évitent le sujet.* »
- N°20 : « *Alors moi qui suis quelqu'un quand même de très franc et très direct, c'est un sujet que je n'aborde jamais de front. Alors je vais biaiser, si c'est un patient que je connais et puis bon, j'ai déjà vérifié biologiquement qu'il avait des tendances à s'alcooliser un peu.*

[...] Ou alors c'est le patient que je connais peu ou mal ou que je vois pour la première fois, même si j'ai une intuition qu'il boit, je lui dis « Bon on va demander un bilan sanguin, je vous connais pas » [...] »

c. Aborder le sujet secondairement à d'autres questions de prévention

D'autres posaient la question de la consommation d'alcool après avoir au préalable interrogé le patient sur d'autres questions de santé. Souvent la question du tabac, jugée plus facile était posée en premier :

- N°2 « *Je sais que je leur demande systématiquement s'ils fument ou pas et que derrière, je leur demande aussi est-ce qu'ils consomment de l'alcool. »*
- N°3 : « *Alors souvent je me permets de parler des autres substances qui sont un peu moins... Euh, un peu moins stigmatisées pour lesquels il y aura moins de déni. Donc je commence à parler des médicaments, de l'alcool et de l'alimentation en général, des graisses, etc. Puis après j'enchaîne sur l'alcool, souvent en dernier lieu [...] »*
- N°6 : « *Je ne rentre pas dans le vif du sujet je commence toujours par : « Ah oui on va parler de vos pratiques est-ce que vous fumez ? », « Est-ce que vous consommez de l'alcool ? ». »*

3. Informations recueillies

A. Evaluation de la consommation

a. Quantification de la consommation

Parmi les questions posées aux patients, les médecins déclaraient les interroger sur la quantité d'alcool ainsi que sur la fréquence de consommation :

- N°1 : « *On me dit oui ou non, je dis : « Quelle quantité ? », « Quelle fréquence ? » [...] »*
- N°6 : « *Donc je vais préciser le nombre de verres qu'il consomme par jour en fonction de sa consommation [...] »*
- N°12 : « *Et donc on l'aborde directement en posant la question de leur consommation quotidienne. »*

b. Type d'alcool consommé

Certains questionnaient sur le type d'alcool consommé :

- N°3 : « *[...] souvent en dernier lieu et je demande un peu la consommation au quotidien ou dans la semaine, quel type d'alcool est consommé. »*

- N°8 : « [...] je vais poser assez facilement, c'est même pas facilement, c'est systématiquement la question. Voilà : si vous consommez pas un apéritif ou de l'alcool fort , si vous buvez de la bière, si vous buvez du vin à table, bah alors combien de verres vous allez boire. »

B. Evaluer le contexte et la raison de l'alcoolisme

En s'inscrivant dans une démarche empathique, certains médecins expliquaient l'importance de comprendre les raisons de la consommation ainsi que son retentissement :

- N°6 : « Moi dans ma démarche en fonction du type d'addiction : déterminer les autres addictions, voir ou ça en est autour de ça, quelle est la priorité aussi, pour traiter. [...] Quand en fait il y en a plusieurs, se rendre compte tout de suite de ce qui est le plus urgent. Je ne veux pas dire qu'il y a un ordre bien précis mais en fonction de l'état général, la clinique qu'est-ce qui va m'alerter le plus ? »
- N°8 : « [...] j'essaye de comprendre pourquoi, un petit peu, ils prennent ces boissons-là, ils prennent de l'alcool comme ça, de manière chronique, voir s'il y a d'autres soucis à côté. J'essaye quand même d'être assez empathique je dirais, globalement. »
- N°20 « Je vais toujours chercher la raison. On s'adonne pas à l'alcool, comme à la drogue d'ailleurs, c'est une addiction comme une autre, sans raison. C'est un manque, ça compense quelque chose, ça permet d'oublier. »

C. S'assurer de la volonté de se soigner du patient

Un médecin expliquait l'importance d'évaluer la volonté du patient de se prendre en charge :

- N°6 : « Toujours savoir s'il est dans une démarche lui de soin. Parce que j'estime que si c'est pas lui qui agit pour traiter la chose, je pense qu'on est loin de quelque chose qui va être utile pour lui »

V. Le ressenti du médecin lors de l'abord du sujet vis-à-vis du patient

1. La relation médecin patient

L'existence d'une relation de confiance était soulignée par de nombreux médecins comme un facteur favorisant important ou comme un frein, lorsque celle-ci était absente. Elle constituait un outil important dans le dialogue notamment par le biais du secret médical. Connaître le patient permettait également de mieux le comprendre et l'analyser :

- N°3 : « *Je me permets parfois d'insister et de dire de ne pas hésiter si... signaler s'il y avait plus de consommation, des aides pouvaient être apportées, des solutions pouvaient être trouvées face à ces situations et que j'étais vraiment ouvert à la discussion et que le secret allait être bien sûr gardé, qu'aucune personne n'allait être au courant de notre entretien, rappeler le secret médical. [...] Souvent c'est des patients chez lesquels il y a déjà une confiance qui s'est installée. Chez lequel effectivement, ça va être beaucoup plus simple pour moi de savoir ce qui se passe. Une personne en clair, où il y a une certaine confiance qui s'est installée au fil des consultations et aussi la prise en charge de certains membres de leur famille, personnes âgées ou autres. »*
- N°5 : « *Si c'est un patient que je connais bien, je connais ses points faibles, ses points forts. Si c'est quelqu'un qui vient me voir que je connais pas ce n'est pas évident. »*
- N°6 : « *Les gens que je ne vais pas connaître et où je vais avoir cette suspicion et que je vais avoir envie de faire une démarche, un pas vers lui, sans qui me demande, bah, c'est un peu compliqué »*
- N°7 : « *[...] après il y a aussi un côté relationnel. Il y a des gens avec qui ça passe très bien, on arrivera toujours à leur poser la question d'une manière ou d'une autre. »*
- N°10 : « *Elles le sentent. Elles savent que si elles veulent m'en parler, elles peuvent. »*
- N°13 : « *Après les gens, ils me connaissent pas non plus quand c'est la première fois, voilà il y a peut-être des histoires de relation de confiance ou de pas forcément oser le dire. »*
- N° 24 : « *Si on est en empathie avec ses patients, ils en parlent assez facilement. Eux m'en parlent et quand je leur en parle ils ne mentent pas.... Ils évitent pas le sujet. »*

Un médecin allait plus loin en expliquant qu'en absence de relation de confiance il était dans l'intérêt du patient de changer de médecin :

- N°17 : « *Ils savent leurs soucis donc après ils se livrent, enfin s'ils ont confiance. S'ils ne font pas confiance je pense qu'il faut qu'ils changent de médecin. Donc voilà s'ils ont confiance ils se livrent. »*

Un autre expliquait à l'inverse que le sujet pouvait parfois être plus compliqué à aborder avec un patient connu depuis longtemps que chez un nouveau patient :

- N°1 : « *Quand c'est quelqu'un qu'on voit par exemple depuis une fois ou deux c'est plus facile à aborder que quelqu'un éventuellement qu'on connaît depuis plus longtemps si on n'en avait pas parlé auparavant. »*

2. L'ouverture au dialogue

A. Un dialogue favorisé en cas d'ouverture du patient

Autre point important, l'ouverture au dialogue du patient était vue par de nombreux médecins comme un facteur favorisant, voire indispensable :

- N°1 : « *Il y a des patients qui, quand on évoque le sujet, l'avouent directement et donc après c'est beaucoup plus facile de rebondir sur une discussion où on va plus en profondeur [...].* »
- N°9 : « *Si les gens veulent en parler, c'est facile. On peut en parler.* »
- N°15 : « *Si le patient, il est ouvert, il est cool, il est logorrhéique, qu'il va commencer à vous parler, c'est peut-être plus facile avec un peu côté, peut-être dérision de lui dire : « Vous buvez un petit peu. Comment ça se passe avec l'alcool ? vous consommez ou pas ? »* »

a. La reconnaissance du problème

La reconnaissance et l'acceptation du problème étaient citées comme un facteur favorisant :

- N°12 : « *Bah déjà s'il reconnaît lui-même, première chose. Ça c'est positif.* »
- N°15 : « *Par contre, c'était très facile d'aborder le sujet parce qu'il a avoué. Il a avoué, il mentait pas.* »

b. La volonté d'être pris en charge

La volonté ou non du patient d'entamer une démarche de soin était signalée comme un facteur majeur dans l'abord du sujet :

- N°3 : « *Ça peut être parfois un facteur facilitant si la personne... si la personne est plutôt en faveur de trouver... de trouver une solution et plutôt en faveur aussi de révéler le problème [...]* »
- N°4 : « *Toute la prise en charge est plus facile, de ce problème-là, quand les gens sont demandeurs. Tant que les gens sont pas demandeurs c'est beaucoup plus compliqué en fait. On est beaucoup plus démuni quand les gens sont pas demandeurs.* »
- N°9 : « *Donc c'est vrai que s'il n'y a pas de volonté de la personne de s'aider elle-même, c'est pas facile d'en parler.* »

c. Réaction positive, un soulagement pour certains patients

Dans certains cas évoquer le sujet était libérateur pour les patients vivant mal leur situation de mésusage :

- N°7 : « [...] je n'ai jamais eu de patient qui s'est braqué en me demandant : « Pourquoi vous me demandez ça ? ». Des fois ils sont même plutôt, entre guillemets, rassurés de voir qu'on a identifié qu'il y a peut-être un problème et que du coup on va en parler. »
- N°24 : « Alors ils sont pas heureux de dire qu'ils boivent mais finalement quand on commence à en parler, après il en parle assez ouvertement et du moment qu'on est à l'écoute, qu'il y a une oreille et qu'ils voient qu'on est réceptif enfin il y a... Au contraire je pense que ça leur fait d'un bien d'en parler et jusque la plupart du temps c'est souvent honteux, caché et encore plus pour les femmes. Elles sont vraiment libérées de pouvoir en parler et après elles reviennent quand même plus régulièrement et on a un suivi qui est vraiment plus intéressant. »

B. Refus du dialogue

a. Réaction agressive

Une réaction négative voire agressive du patient constituait un obstacle pour plusieurs médecins et pouvait engendrer une appréhension à aborder le sujet pour certains :

- N°3 : « On n'a pas une certitude à 100% que le patient consomme et parfois on a un peu peur d'avoir irrité un peu le patient par rapport à des questions un peu trop insistantes. »
- N°8 : « Voyez c'est... on a l'impression que c'est un peu un sujet tabou, elle ne venait pas pour ça. Il y avait un médecin qui avait arrêté dans le quartier et moi j'ai abordé ça parce que je la sentais pas trop bien et au vu de la prise de sang. Donc j'ai essayé d'amorcer un peu là-dessus [petit soupir] et en fait ça plaît pas... »
- N°15 : « C'est compliqué de l'aborder. C'est compliqué sans brusquer les gens, sans les vexer, sans... A partir du moment où on essaye de voir s'il y a vraiment une consommation ils sont un peu... Ils sont sur leur garde, ils se protègent. »
- N°22 : « Faut pas les culpabiliser enfin c'est très compliqué à aborder moi j'ai du mal... Entre culpabiliser et banaliser j'ai du mal à trouver le juste milieu. »

Dans certains cas, cela engendrait une rupture de la relation médecin-patient :

- N°3 : « C'est notamment des personnes, il y a un gros risque après si on est trop brutal ou si on va trop vite ou trop loin dans les explications, trop loin dans les précisions sur l'alcool ou qu'on insiste trop. On a un gros risque que ces personnes claquent la porte ou tout simplement, passent à l'acte. »
- N°8 : « Je dis : « Ecoutez, revenez on en reparlera » et puis en fait, non quoi. Puis la personne n'est pas revenue. »

b. Réaction de déni et d'évitement

Cependant, pour beaucoup de médecins, le déni, l'évitement ou la dissimulation du problème par le patient était un obstacle fréquent à l'abord du sujet, rendant la détection ou l'évaluation de la consommation d'alcool impossible :

- N°7 : « *Ils nous avouent pas toujours ce qu'ils consomment ou alors ils banalisent un peu [...] Il y a des gens avec qui ça passe très bien, on arrivera toujours à leur poser la question d'une manière ou d'une autre et puis il y en a d'autres, on sent toujours tout de suite qu'ils sont sur la défensive et que... et que ça sera compliqué quoi, ou qu'ils ne répondront pas forcément à la question ou qu'ils essaieront de bifurquer sur autre chose quoi.* »
- N°8 : « *Là j'ai un peu de mal parce que... Je sais pas, j'ai l'impression qu'ils ne veulent pas entendre ce discours-là et j'ai déjà eu une paire de personnes comme ça, où manifestement il y avait une prise d'alcool qui sont venus. Ils ont un facies particulier, la prise de sang était perturbée donc j'aborde ça. Donc l'alcoolique je dirais qui est déjà bien... où on n'arrive pas à trop savoir ce qui prend, ce qui prend pas, qui est assez flou sur le sujet [...]* »
- N°9 : « *Il est dans le déni complet. Pour lui, tout ce qu'il boit, c'est normal. Donc c'est vrai qu'on essaye de tendre la perche, de toute façon c'est non à chaque fois et donc c'est normal, il veut rien faire.* »
- N°11 : « *Mais pour beaucoup, le problème si vous voulez dès qu'on aborde une possible consommation excessive d'alcool, elles nient. Elles nient ou bien elles sous-estiment la consommation.* »

c. Une attitude bienveillante et adaptée en réponse

L'importance de ne pas culpabiliser ou juger le patient était soulignée par de nombreux médecins :

- N°5 : « *Je leur fais comprendre que c'est une maladie, pas une honte d'être alcoolique. C'est une maladie comme une autre* »
- N°6 : « *Et donc, des questions et pas de jugement [...]* »
- N°20 : « *Je ne culpabilise jamais le patient. Jamais [...]* »

Un médecin déclarait éviter l'affrontement, notamment en reprenant la discussion plus tard :

- N°10 : « *J'essaie de ne pas perdre le dialogue en me fâchant, en criant. Parce ce qu'il y a des médecins qui s'énervent, moi non, jamais. Je privilégie toujours la discussion donc je pense qu'elles comprennent que je suis pas dupe [...] Donc je ne les condamne pas.* »

- N°13 : « *Si je vois que les gens ça leur plaît pas trop la question, je leur repose pas forcément la question et je vais revenir peut-être deux ou trois consultations après.* »
- N°14 : « *Après bon, soit ils reçoivent le message, soit ils le reçoivent pas et s'ils le reçoivent pas, on en remet une louche la fois d'après.* »

3. Une méconnaissance du problème chez les patients

Certains expliquaient la non-reconnaissance du problème par une méconnaissance du problème :

- N°10 : « *Mais donc je pense qu'à 100%, je peux dire que la plupart des femmes qui sont alcooliques ici ne savent pas qu'elles sont alcooliques.* »
- N°19 : « *[...] d'abord il y a beaucoup de gens alcooliques qui ne savent pas qu'ils sont alcooliques et ceux qui le savent, c'est révélateur d'autre chose.* ».

A. Des connaissances variables selon les patients

a. Définition de l'alcoolisme

Plusieurs médecins faisaient remarquer que la définition de l'alcoolisme était variable selon les patients :

- N°2 : « *Parfois je suis toujours un petit peu gêné parce que les patients quand on leur dit : « est-ce que vous consommez de l'alcool ? ». [Pause] Ils ont tout de suite l'impression qu'on leur demande s'ils ont une consommation excessive d'alcool. [...] Mais j'ai l'impression parfois de ne pas savoir justement. Quand ils me disent non, très clairement c'est pas des patients qui consomment jamais de l'alcool, mais c'est juste qu'ils considèrent que leurs consommations dépassent pas un certain seuil et qu'ils n'ont pas à dire que oui ils consomment de l'alcool. « Est-ce que vous consommez de l'alcool ? » et « Est-ce que vous êtes alcoolique ? ». Il y a des patients qui font pas la différence.* »
- N°10 : « *Je connais pas mal d'alcooliques dans mon entourage qui s'ignorent ou qui ne veulent pas le voir parce que... parce que justement en France, leur rapport...l'alcoolisme, pour les gens c'est essentiellement rouler sous la table [...]* »
- N°11 : « *Pour eux, ils pensent que ce n'est pas une consommation excessive. Peut-être que pour eux la définition de l'alcoolisme ce n'est pas la même pour nous, mais en tout cas, ils n'en parlent pas directement.* »

b. Définition de l'alcool

Deux d'entre eux précisait que la notion même de boisson alcoolisée n'était pas toujours claire chez certains patients :

- N°5 : « *Le côté négatif c'est dès qu'on parle d'alcool c'est : « Ah, moi je bois pas !» [pause] Par contre le gars qui boit de la bière il ne boit pas : « Pour moi l'alcool c'est le whisky, le cognac des trucs comme ça. Le vin c'est pas de l'alcool, la bière c'est pas de l'alcool... » »*
- N°11 : « *Pour les gens par exemple l'apéritif n'est pas... n'est pas de l'alcool. »*

B. Relativisation

D'autres expliquaient cette méconnaissance du problème par une forme de relativisation vis-à-vis de l'entourage et du contexte culturel :

- N°7 : « *Mais c'est vrai que c'est pas toujours facile parce que des fois les gens : « bah comme tout le monde », ils relativisent un peu. [...].»*
- N° 8 : « *Quand on commence à les questionner sur la quantité... bah ils boivent normalement, tout le monde boit normalement et comme tout le monde mange normalement. Et puis on se rend compte que la normalité là-dedans, elle est vraiment très variable d'une personne à l'autre et donc, j'essaye un petit peu de les sensibiliser là-dessus quoi. »*
- N°12 : « *D'autres, on sait que malheureusement, ça va être un tabou ou quelque chose qui est un petit peu ancré dans les mœurs de la consommation, qu'ils consomment normalement, pour eux, et pour leur famille des fois comme pour eux. »*

C. Une approche d'informations et de conseils

En réponse à cela, certains médecins interrogés déclaraient avoir une attitude de conseils et d'informations :

a. Sensibilisation aux effets néfastes de la consommation d'alcool

- N°8 : « *J'essaye de les sensibiliser au fait que prendre de l'alcool comme ça, tous les jours, ce n'est pas très bien. [...] Je vais donner un exemple, une image que je donne assez souvent, c'est : le foie peut filtrer une quantité d'alcool X sur la vie et à un moment donné, même si on en prend un petit peu, on n'est jamais saouls, d'un seul coup ça passe plus et il va commencer à avoir des petites choses qui vont bouger à la prise de sang. C'est réversible mais par contre, si on reprend un peu de boissons alcoolisées de la, même manière, bah à partir de là ça va rebouger et là on a vraiment une souffrance au niveau hépatique [...] »*

- N°19 : « *J'essaye surtout de faire comprendre aux gens, quelle que soit la pathologie finalement, que ce soit l'alcool ou autre chose, qu'il y a aucune culpabilité à avoir, que les gens sont des êtres libres et que je ne suis pas là pour imposer quoi que ce soit mais pour uniquement conseiller. Parce qu'ils sont libres et que je ne décide de rien.* »
- N°20 : « *Bon si, je vais lui faire une petite leçon, je ne vais pas dire de morale, mais je vais dire « bon vous savez que c'est pas bon, vous savez que votre foie il n'aime pas du tout, on voit les résultats, votre foie il n'est pas en bon état » [...] »*

b. Exposition des possibilités de prise en charge

- N°3 « *Et quand je vois qu'il y a vraiment un certain déni ou que c'est vraiment sous-évalué au vu de ce que je peux constater sur le plan clinique et/ou sur le plan biologique, je me permets parfois d'insister et de dire de ne pas hésiter si... signaler s'il y avait plus de consommation, des aides pouvaient être apportées, des solutions pouvaient être trouvées face à ces situations [...] »*
- N°18 : « *Ils viennent me poser le problème et moi j'essaie de les réassurer et puis j'essaie de les encourager pour leur dire qu'avec la volonté, ça peut marcher, que nous on va l'aider dans la prise en charge thérapeutique et sociale s'il le faut.* »

4. Les profils de patient

A. L'Age

Pour deux médecins, aborder l'alcoolisme chez les mineurs était plus compliqué, notamment du fait de l'accompagnement fréquent des parents :

- N°2 : « *[...] c'est une question que je vais pas forcément poser à quelqu'un de très jeune :15 ans, 16 ans. Je ne vais pas forcément poser la question alors que je sais très bien que la consommation d'alcool, elle existe à cet âge-là, mais c'est vrai que je l'aborde pas forcément facilement. Tout simplement parce que souvent, à 15 ans ils ne sont pas tout seuls.* »
- N°14 : « *Les jeunes des fois on a des patients ... Dont les parents interpellent et nous disent là il consomme trop ils ont des soucis au collège voire au lycée. « Vraiment on est inquiets parce qu'il consomme trop. » et là c'est assez compliqué d'y aller quoi.* »

Pour un autre, aborder l'alcoolisme chez les personnes plus âgées était plus problématique :

- N°16 : « *Après peut-être, chez la personne âgée je vais y penser moins bizarrement, alors qu'en fait c'est peut-être à tort. [...] Le patient âgé qu'on trouve sympathique, bah on va peut-être pas y penser voilà.* »

B. Milieu social

Le niveau socio-culturel du patient pouvait influencer l'abord selon certains médecins : les personnes à haut niveau socio-culturel seraient moins ouvertes au dialogue et certains médecins évoquaient moins le sujet avec celles-ci :

- N°15 : « *Bah déjà le niveau social du patient hein. C'est vrai que quand vous avez un patient qui est ingénieur et un patient qui est un retraité ou un patient qui a été ouvrier, ils sont beaucoup plus simples à aborder en fait ces gens-là. [...] Le mec qui est déjà à un niveau social et culturel plus important, il cache, il avoue pas.* »
- N°21 : « *Alors déjà, en commençant par la fin je vais moins y penser chez les gens qui sont censés être cortiqués, intellectuels, donc sûrement en fonction de la population. Ça, c'est une certitude. Je vais peut-être être moins insistant bizarrement, pour être objectif.* »
- N°23 : « *On va dire déjà les patients qui sont de base un peu en retrait quand on fait l'interrogatoire initial, les patients à haut niveau socio-culturel. Des fois, on se met un petit peu en retrait alors que c'est quand même là où il faut vraiment poser les questions.* »

C. L'alcoolisme masculin

Pour plusieurs médecins, l'alcoolisme chez l'homme était plus fréquemment abordé. Le stéréotype du bon vivant était d'ailleurs décrit comme plus ouvert au dialogue :

- N°3 : « *C'est vrai que souvent, c'est le patient masculin dont on a plus tendance, parfois, au niveau du sexe à se tourner.* »
- N°16 : « *Bah le profil, le bon vivant, l'homme... voilà pléthorique, bon vivant ouais je vais plus facilement peut-être l'aborder.* »
- N°19 : « *Finalement, l'alcoolique fêtard qui boit avec ses copains en sortant du boulot le week-end et plus que le week-end C'est beaucoup plus simple.* »

D. L'alcoolisme féminin

Beaucoup de médecins reconnaissaient avoir plus de mal à aborder l'alcoolisme chez les femmes. Une des raisons largement évoquée était le caractère tabou et caché de cette consommation :

- N°9 : « *Je pense à une femme, je suis sûr qu'elle boit, mais on peut pas aborder le sujet. À chaque fois c'est [claquement de langue] elle évince. Donc je pense que c'est plus difficile chez une femme qui boit que chez un homme qui boit.* »
- N°10 : « *C'est très caché et très bien caché. [...] Alors elles vont volontiers me dire que leur mari boit, par contre, elles, elles boivent jamais. Mais vraiment jamais. Il y a certaines qui sentent l'alcool à plein nez et qui me jurent, elles mettraient leur main à couper, qu'elles boivent pas d'alcool.* »
- N°14 : « *Disons que les femmes, c'est plus compliqué d'aborder ce sujet-là, même si on le fait car souvent c'est un alcoolisme un peu plus mondain et puis c'est compliqué.* »
- N°19 : « *[...] mais les femmes se cachent souvent pour boire donc on peut pas en parler de la même façon. Les femmes sont souvent beaucoup plus dans les dénis que les hommes.* »

VI. Le ressenti du médecin vis-à-vis de l'abord de l'alcoolisme en général

1. Vis-à-vis du sujet de la consommation d'alcool

A. Un sujet sensible chez certains patients pour la majorité des médecins

Pour seize médecins sur vingt-quatre, le sujet de la consommation d'alcool était jugé sensible, tabou et associé à la culpabilité chez certains patients, ce qui le rendait difficile à aborder :

- N°3 : « *C'est parfois un sujet délicat qu'on évoque parfois sur un premier contact avec le patient. [...] Ce qui est souvent un point, surtout dans les villages, on a peur effectivement que les choses s'ébruitent.* »
- N°4 : [en réponse à la question sur l'existence de freins à l'abord du sujet] « *Et bien c'est la négation du problème c'est...Oui la négation du problème et puis le fait de ne pas se considérer comme malade.* »
- N°5 : « *Négativement, c'est déjà en parler. Dès qu'on parle d'alcool, c'est négatif pour eux...* »
- N°7 : « *Il y a des gens avec qui ça passe très bien, on arrivera toujours à leur poser la question d'une manière ou d'une autre et puis il y en a d'autres on sent toujours tout de suite qu'ils sont sur la défensive et que... et que ça sera compliqué quoi ou qu'ils ne répondront pas forcément à la question ou qu'ils essaieront de bifurquer sur autre chose quoi.* »
- N°9 : « *Alors pas facile... Pas facile à aborder. [...] Si les gens veulent en parler c'est facile, on peut en parler... Si les gens sont dans un déni [soupir] on patine, c'est dur d'en parler.»*

- N°10 : « C'est très caché et très bien caché. Alors moi évidemment j'ai une population féminine hein. [...] Il y a certaines qui sentent l'alcool à plein nez et qui me jurent, elles mettraient leur main à couper qu'elles boivent pas d'alcool. »
- N°11 : « Ça reste un sujet très, très tabou. Tabou dans le sens où... où les gens pour la plupart être alcoolique ou consommer exclusivement de l'alcool sont ... est à connotation dégradante. Être alcoolique, être catalogué alcoolique c'est comme si on est suivi par un psychiatre. Ça reste un sujet très, très tabou. »
- N°12 : « Bah il y a des gens avec qui on fait sans trop de difficulté. D'autres on sait que malheureusement ça va être un tabou. »
- N°15 « C'est compliqué de l'aborder. C'est compliqué sans brusquer les gens, sans les vexer [...] »
- N°18 : « Ce sont des gens qui lorsqu'ils arrivent sont très apeurés. Je sais pas pourquoi. Peut-être parce qu'ils sont sous pression, peut-être de l'entourage. [...] Vous savez l'alcool, des gens n'aiment pas en parler, c'est un peu tabou, [...] On leur pose n'importe quelle question, ils répondent mais avec l'alcool non. Je ne sais pas, peut-être que c'est un peu péjoratif quand on parle de l'alcool. »
- N°20 : « Si vous voulez je pense que le patient, [...] il éprouve un sentiment de culpabilité que le fumeur ou la fumeuse n'éprouve pas. »

Parmi ces médecins, cinq d'entre eux trouvaient le sujet sensible mais précisait ne pas ressentir personnellement de gêne en l'abordant :

- N°1 : « Moi personnellement j'ai pas trop de mal. Je pense pas avoir trop de mal à l'aborder. Euh. Après effectivement selon les patients, on a l'impression que ça peut être plus ou moins bien perçu d'aborder ce sujet-là. [...] dans l'alcool il y a plus une idée de parfois de culpabilité, de dire que c'est de sa faute. »
- N°8 : « Non j'ai pas d'a priori positif ou négatif, j'aborde ça sans difficulté. Enfin pour moi c'est... oui c'est une question comme une autre quoi [...] Je dis : « Ecoutez, revenez on en reparlera » ... puis en fait ... non quoi. Puis la personne n'est pas revenue. Voyez c'est... on a l'impression que c'est un peu un sujet tabou. »
- N°13 : « Après les gens ils me connaissent pas non plus quand c'est la première fois, voilà. Il y a peut-être des histoires de relations de confiance ou de pas forcément oser le dire. [...] Moi je suis assez... je suis assez ouverte. Moi je ne suis pas gênée de poser la question [...]»

- N°16 : « *Alors je trouve que c'est pas facile c'est ça mon ressenti. [...] J'ai pas trop de mal à aborder le sujet. Après je trouve autant il y a des personnes qui en parlent très facilement, d'autres qui nient complètement même si on est sûr et certain [...]* »
- N°22 : « *C'est très délicat comme sujet en fait l'alcool, enfin en ce qui me concerne. Pourtant j'ai pas de problème en particulier avec l'alcool mais je trouve que les gens ont du mal à en parler.* »

B. Un sujet facile à aborder pour d'autres

Quatre autres médecins déclaraient ne pas trouver le sujet de la consommation d'alcool sensible ou difficile à aborder :

- N°19 : « *Moi je l'aborde assez facilement comme j'aborde tout assez facilement.* »
- N°23 : « *Ça ne me dérange pas d'en parler avec le patient, d'échanger avec lui à ce sujet. Bon ensuite non c'est tout... Bah je n'ai pas... Non ça me pose pas de problème plus que ça. C'est vrai qu'il y a des sujets, des fois, qui sont difficiles à aborder, celui-là généralement ça, ça va.* »
- N°24 : « *Donc je n'ai pas... je dirais pas forcément ... J'ai pas l'impression qu'il y ait tant de barrière que ça, en tout cas dans la relation patient-médecin au niveau de l'alcool. C'est vrai souvent c'est ce qu'on entend, la honte ou le... Si on est en empathie avec ses patients ils en parlent assez facilement. Eux m'en parlent et quand je leur en parle ils ne mentent pas.... Ils évitent pas le sujet et j'ai l'impression qu'ils sont assez honnêtes sur... sur les quantités je sais pas. Je pense que souvent ils minimisent quand même.* »

L'un d'entre eux soulignait l'importance des campagnes d'information qui, selon lui, rendaient le sujet plus facile à aborder :

- N°17 : « *Mais personnellement moi j'ai pas de tabou [...] Je pense que dans la société maintenant, le fait de boire, je crois c'est peut-être plus facile d'en parler parce qu'il y a des campagnes de prévention qui sont affichées un petit peu à la TV, dans les rues. Donc c'est peut-être le fait de se prendre en charge, c'est bien vu par les gens, ça peut avoir un rôle positif de faciliter le dialogue.* »

C. Des réponses plus ambiguës chez certains

L'un d'entre eux déclarait, dans un premier temps, ne pas avoir le sentiment que le sujet était plus difficile à aborder chez certains patients. Cependant, dans un second temps celui-ci expliquait avoir des difficultés à aborder le sujet chez les patients mineurs accompagnés :

- N°2 : « Non je n'ai pas l'impression qu'il y a des patients chez qui c'est plus difficile de poser la question... Si, peut-être c'est une question que je vais pas forcément la poser à quelqu'un de très jeune [...] Je ne vais pas forcément poser la question alors que je sais très bien que la consommation d'alcool, elle existe à cet âge-là, mais c'est vrai que je l'aborde pas forcément facilement. Tout simplement parce que souvent, à 15 ans ils ne sont pas tout seuls. »

Un autre expliquait premièrement que le sujet n'était pas difficile à traiter en médecine générale, puis secondairement, que l'abord du sujet était difficile chez certains patients notamment ceux refusant les soins :

- N°6 : « Je pense pas que ce soit un sujet difficile à traiter en médecine générale. Par compte il faut savoir vraiment aborder... Il faut savoir aborder le sujet avec le patient si lui n'est pas dans la démarche de soins. C'est peut-être ça le plus dur pour amorcer le truc en médecine générale. [...] Donc la difficulté c'est aborder le truc, s'adapter à la façon dont il est, enfin à sa personnalité et surtout quand on connaît pas au début. »

Les médecins N°14 et 21 ne s'exprimaient pas directement sur le caractère sensible du sujet.

2. Motivation

A. Une volonté d'intervenir

a. Une empathie avec le patient

Beaucoup de médecins exprimaient leur volonté d'aider leurs patients, souvent associée à un sentiment d'empathie même en cas d'échec :

- N°15 : « Bah j'ai envie de les aider. J'ai envie de les aider car je trouve ça tellement affreux l'alcoolisme donc [soupir]. J'ai envie de les sortir de là quoi. »
- N°8 : « L'alcoolisme pour moi reste... bah je dirais que ça vaut le coup d'être pris en charge. Je pense que je peux avoir une action. »
- N°10 : « Mon ressenti c'est une grande tristesse. Par rapport à la population avec laquelle on est confronté, il n'y a pas que l'alcoolisme. Parce que c'est un tout. Il y a un tabagisme énorme. Il y a une misère. Il n'y pas de délinquance ici pratiquement. On est en campagne, on n'a pas de délinquance, très peu, très peu. Surtout beaucoup de cas sociaux, beaucoup de gens même qui travaillent mais qui travaillent, qui sont... qui sont les gilets jaunes actuels quoi. Je veux dire je veux pas faire de politique, mais des gens qui sont vraiment en misère sociale, affective et il y a énormément d'obésité et ça va avec. »

- N° 18 : *« Ah oui moi ça me fait... ça me fait beaucoup de peine. Ce sont des gens que je souhaite qu'ils réussissent si ça peut marcher. Bon si ça ne marche pas souvent c'est une déception mais ça me décourage pas d'aider une autre personne après. »*
- N°19 : *« Parce que bien souvent les gens qui sont alcooliques, d'abord il y a beaucoup de gens alcooliques qui ne savent pas qu'ils sont alcooliques et ceux qui le savent, c'est révélateur d'autre chose : C'est-à-dire en général une dépression ou de choses très ancienne, de déchirure de vie en fait voilà. »*
- N°20 : *« Je vais toujours chercher la raison, on s'adonne pas à l'alcool, comme à la drogue d'ailleurs c'est une addiction comme une autre, sans raison. C'est un manque, ça compense quelque chose, ça permet d'oublier. »*

b. Le rôle du médecin généraliste

Certains précisait qu'ils agissaient dans leur rôle de médecin généraliste en matière de prévention. Un médecin considérait même que ne pas agir était de la non-assistance à personne en danger :

- N°15 : *« Bah c'est vrai que c'est des enjeux de santé publique. Il faut les prendre en charge, faut vraiment s'en occuper quand on est médecin généraliste parce qu'on est vraiment en première ligne en fait vis-à-vis de ces patients-là. C'est nous qui sommes à même de voir s'ils ont un souci avec l'alcool ou pas. On connaît les familles, on connaît quelqu'un qui... Le spécialiste oui il va avoir éventuellement avec certains examens, certaines biologies, voir qu'il y a un problème d'alcoolisme. Mais avant d'en arriver là, il faut dépister en consultation, le patient qui va pas bien quoi. »*
- N°18 : *« Parce que moi je me dis que laisser quelqu'un comme ça c'est une non-assistance à personne en danger [...] C'est-à-dire le patient alcoolique, c'est un patient comme tous les autres qu'il faut soigner, qu'il faut aider à se prendre en charge. Ça c'est tout ce que je fais »*
- N°19 : *« Après ils en font ce qu'ils en veulent, mais en même temps j'essaye d'être convaincante parce que j'ai envie qu'ils aillent mieux. [Sourire] Parce que sinon, je raccroche. Je raccroche mon boulot, mon but c'est quand même qu'ils aillent mieux. »*
- N°23 : *« Enfin voir vraiment l'ensemble des données qui peut amener à penser, après par la suite, à certaines pathologies. En plus, maintenant je suis médecin traitant donc pouvoir dépister avant les éventuelles pathologies que les patients peuvent développer par la suite. »*

c. Une satisfaction en cas de réussite

Deux d'entre eux rapportaient que les retours positifs renforçaient leur motivation :

- N°7 : « Bah au final euh... C'est jamais ... enfin je n'ai jamais eu de patient qui s'est braqué en me demandant : « Pourquoi vous me demandez ça ? ». Des fois ils sont même plutôt, entre guillemets, rassurés de voir qu'on a identifié qu'il y a peut-être un problème et que du coup on va en parler. Je n'ai jamais de mauvais... mauvais... alors peut-être qu'ils me l'ont pas dit, en tout cas je n'ai jamais eu l'impression que ça avait cassé quelque chose dans notre relation ou que ça les avait froissés, non pas du tout. Donc finalement je devrais peut-être le faire plus parce que ça se passe jamais mal quoi. »
- N°15 : « Quand ça va on est content, donc c'est vrai qu'ils ont des longues cures et pour lesquelles ça dure. On est quand même bien content parce qu'ils sont différents après. »

B. Plusieurs causes de démotivation

a. Découragement et frustration

Cependant, les médecins faisaient part de leur découragement et frustration face à l'absence de résultat, parfois menant à un abandon :

- N°8 : « Par contre, si après je revois la personne et puis que bon... vous imaginez, les transaminases continuent à augmenter ou s'il y a un ... manifestation un déni, en me disant : « Bah non je bois pas d'alcool. » ou « J'ai diminué. » ou les gens qui vous disent « J'ai beaucoup diminué. ». Les mois se suivent et les gens tous les mois, ils ont beaucoup diminué. J'ai envie de leur dire... De tout façon ça m'arrive et là je leur dis à un moment donné, je leur dis « Mais attendez, vous partiez d'où ? Parce que à vous entendre tous les jours chaque fois vous diminuez mais regardez la prise de sang, ça bouge pas. » Donc je suis un petit peu... J'aime bien qu'il y ait des résultats. »
- N°9 : « Donc c'est vrai qu'on essaye de tendre la perche de toute façon, c'est non à chaque fois et donc c'est normal, il veut rien faire. Donc là du coup, des fois [soupir], on pose même plus la question quoi. Voilà donc oui ça influence négativement [rire]. »
- N°15 : « Mais moi j'ai envie de les aider. Alors j'ai envie de les aider mais avec des résultats. J'avoue qu'au bout d'un moment, quand ça marche pas [soupir] Je dis : « bon c'est bon hein ! ». »

Un autre médecin ne se sentait pas pris au sérieux :

- N°21 : « Ah je suis pas pris au sérieux. [...] Quand je parle de l'alcool pour la plupart... Enfin dans une grande tranche on va dire... Euh ... « Il nous embête avec ses histoires. Je pense pas, je suis pas convaincu de ce qu'il me dit. ». Sauf les gens qui sont dans une consommation excessive. Tout ce qui est plutôt prévention ou des gens qui consomment de

façon régulière, au long cours sans forcément se mettre dans un état second, ceux-là ils ne vont pas me croire que c'est pas bien pour leur santé, voilà. »

b. Sentiment d'impuissance

Beaucoup de médecins exprimaient un sentiment d'impuissance en cas d'échec, de rechute ou d'alcoolisme sévère :

- N°8 : *« Vous savez, l'alcoolique invétéré comme je vous dis là qui boit sa bouteille de whisky comme ça. Là, j'avoue que je suis un peu démuni. Je suis plutôt spectateur qu'acteur. Ou ils se soignent pas et ils finissent par avoir des complications, puis on reçoit les courriers. Enfin voyez... Je ne suis pas vraiment... J'interviens pas entre guillemets, j'aide pas. »*
- N°9 : *« Si les gens sont dans un déni [soupir], on patine, c'est dur d'en parler. On peut essayer mais ils veulent pas attraper la perche qu'on leur tend. »*
- N°10 : *« J'essaye de faire passer des messages mais j'ai pas la prétention non plus, depuis 27 ans et demi que je travaille ici, de changer le cours des choses. Je fais ce que je peux voilà, du mieux que je peux et j'ai l'impression que [soupir] voilà... C'est un peu naviguer à contre-courant mais bon... »*
- N°15 : *« Il y a quand même des situations où on n'arrive pas à avancer. »*
- N°16 : *« De tous mes patients que j'essaie de soutenir, bah finalement j'en ai un avec qui ça avait marché mais finalement, il vit dans un contexte social tellement difficile et tellement isolé quoi, qu'en fait qu'il a replongé et je sais plus quoi faire pour lui quoi donc... Je me sens un peu impuissante quoi... »*
- N°21 : *« L'alcool je crois que je suis incapable de le dire, à part avec une ou deux personnes. Parce que ça a souvent été des échecs. Alors je ne suis peut-être pas très doué, mais là où je travaille c'est compliqué : souvent des rechutes, souvent des gens qui s'échappent souvent des gens que je vois plus. Il y a des patients, ils ont changé de docteur. »*

3. Remise en question

A. Compétences personnelles

Plusieurs médecins remettaient en cause leurs compétences personnelles sur le sujet :

- N°16 : *« Donc je pense que finalement, de toutes les addictions, l'alcool c'est la plus... Pourtant c'est peut-être l'une des plus répandues. Enfin je fais le parallèle avec le tabac, mais je trouve, c'est la plus difficile, en tout cas pour moi c'est la plus difficile à gérer, celle*

où je me sens un peu nulle en fait [...]. Au final bah, je me sens assez désarmée et c'est quelque chose quand même de vachement important d'avoir des solutions par rapport à ça. »

- N°17 : *« C'est vrai que j'aurais tendance à ... à pas aimer les consultations d'addictologie parce que ça mêle beaucoup de social et je sais que j'ai pas d'emprise du tout là-dessus. »*
- N°21 : *« Alors, je ne suis peut-être pas très doué mais là où je travaille c'est compliqué : souvent des rechutes, souvent des gens qui s'échappent, souvent des gens que je vois plus.»*

Un médecin en revanche, se sentait objectif vis-à-vis de l'abord du sujet :

- N°6 : *« Personnellement je ne suis pas dans une démarche d'addiction moi-même. Donc du coup, je pense que mon regard est plutôt... Il n'est pas biaisé du coup parce...voilà »*

B. Expérience et formation

a. Une formation insuffisante

Certains remettaient en question leur expérience personnelle ou leur niveau de formation :

- N°6 : *« Donc après j'ai pas beaucoup de patients alcooliques, du coup je peux pas dire vraiment un ressenti sur l'expérience en tant que médecin installé. »*
- N°21 : *« Je trouve qu'on l'apprend mal à l'école, qu'on n'est pas très à l'aise parce qu'en fait, qu'on a un grand creux dans notre formation. On le gère pas beaucoup, à part si on passe dans un service qui s'y intéresse. C'est le problème de la médecine générale, on est beaucoup en hospitalier donc c'est rarement là qu'on règle le problème, à part si on passe dans un centre qui fait ça. Enfin moi... on les hydratait, on mettait le traitement bateau et puis on s'en allait quoi. [Rire] Ça s'arrêtait là et on voyait comment ils se débrouillaient après. »*
- N°22 : *« C'est vrai que j'ai pas fait de topo, j'ai pas eu de formation sur l'alcoolisme depuis quelques temps. Mais c'est vrai que c'est important de se mettre à jour de façon régulièrement mais je me sens un peu impuissante quand même sur ce sujet-là. »*

b. L'importance de l'expérience et de la formation

Deux médecins soulignaient l'importance de l'expérience et de la formation :

- N°10 : *« Donc ça c'est quelque chose parce qu'on peut très bien avoir des jeunes qui ne boivent pratiquement pas dans la semaine et qui... qui ont un alcoolisme aigu par exemple lors d'une fête, un weekend, etc. Donc ça je pense qu'il faut... C'est des notions plus récentes*

parce que nous, à notre époque, quand on a fait médecine, ça n'existait pas mais maintenant je pense qu'il faut le prendre en compte. »

- N°20 : *« Mais bon on a déjà une perception rien qu'en voyant le patient, vous verrez quand vous aurez comme moi 34 ans d'expérience [rire], vous verrez qu'on se trompe rarement. »*

C. Un sentiment de passer à côté

Certains avaient le sentiment de passer à côté de plusieurs cas :

- N°7 : *« Non alors après, je trouve que dans les statistiques de la sécu, ils nous demandent d'identifier le nombre de gens qui ont des soucis. Je trouve toujours que le pourcentage est énorme par rapport aux gens qu'on arrive à identifier donc c'est certainement qu'on passe à côté de plein de gens. »*
- N°17 : *« Après il y a d'autres personnes, ça se voit pas sur leur visage et ils vont pas spécialement demander de biologie, donc ceux-là en général, ils passent dans les mailles du filet, à part si vraiment ils ont une confiance qui fait qu'ils se livrent quoi [...] »*
- N°23 : *« Je me dis : j'ai pas beaucoup de patients déclarés alcooliques. Après c'est toujours pareil, on passe aussi à côté. Du moins ceux que je peux avoir, c'est quand même des grosses dépendances, des gros alcooliques. »*
- N°24 : *« On voit, hein des patients... c'est évident qu'elle boit mais t'en a, on peut pas le savoir ... »*

D'autres faisaient part de leur surprise lors de la découverte d'un alcoolisme non soupçonné ou sous-évalué :

- N°1 : *« Il y a parfois des patients qu'on connaît depuis longtemps pour qui on se doutait pas forcément qu'il y ait un problème avec l'alcool et puis on le découvre tout d'un coup. »*
- N°4 : *« Là par exemple, ce matin j'en ai eu une elle revient. Là elle me demande de ... Elle me cite son problème alors qu'en fait, elle revient d'un voyage en Martinique et que... Donc au décours de son voyage en Martinique elle a tendance à consommer du punch. C'est vrai que je m'attendais pas à ça ce matin. On peut être surpris effectivement. »*
- N°5 : *« J'ai une patiente un jour qui est venue me voir et qui vient me voir pour un problème d'alcool et j'étais loin de penser que cette dame-là consommait de l'alcool. »*
- N°10 : *« On en a qui sont dans la salle d'attente qui ne semblent pas alcooliques et ils boivent un litre de whisky tous les soirs et plus le reste. Et vous les voyez dans la rue, [moue incrédule] ils ont une capacité de supporter ça qui est extraordinaire. »*

- N°15 : « [...] et après il y a des patients, on passe à côté, on se rend pas compte. Moi je vois, il y a des patients je suis tombé de haut. »
- N°16 : « Donc c'est vrai que le dépressif autant j'y pensais pas trop avant mais j'ai eu une jeune patiente, une jeune femme de 25-30 ans qui m'en a fait part, qui était dépressive et c'est elle qui a abordé le sujet et je me suis sentie un peu bête car j'y avais pas pensé. Elle avait pas de stigmat, en tout cas elle avait rien qui pouvait y faire penser mais elle a avoué boire deux, trois whiskys tous les soirs pour... en plus de ses antidépresseurs, de ses antalgiques, un cocktail un peu... »

4. Les moyens disponibles

A. Le temps

Pour beaucoup de médecins, l'abord du sujet de la consommation d'alcool nécessitait du temps ce qui pouvait parfois constituer un frein :

- N°2 : « Bah ce n'est pas chronophage de leur demander s'ils consomment de l'alcool ou pas. Après s'il y a vraiment quelque chose à prendre en charge, ça peut pas être fait sur la consultation sur laquelle ils viennent initialement parce que.... Eh bien parce que ça prend bien trop de temps. »
- N°15 : « Il faut inciter le patient à parler, ce n'est pas évident, il faut prendre son temps. Si on n'a pas trop le temps on n'incite pas le patient à parler. »
- N°17 : « Il y a beaucoup de... c'est chronophage, forcément. Si on veut pas... Si on veut aller au fond des choses il faut creuser donc en médecine générale, c'est quand même difficile. »

B. Les moyens de prise en charge

Plusieurs déclaraient ne pas être à l'aise avec la prise en charge, en particulier les moyens médicamenteux :

- N°5 « Moi j'aimerais savoir quelle est la meilleure manière d'arrêter de boire ? Est-ce la cure ? Est-ce qu'il essaye chez lui avec du Sélincro® ? »
- N°12 : « Après prise en charge médicale, bon j'avoue que je suis pas trop convaincu par les produits qui existent actuellement mais bon. [...] Moi je n'ai pas beaucoup de recul par rapport au Baclofène® et puis un autre produit je crois que c'était Selincro® qu'on prend même plus d'ailleurs. »
- N°17 : « Il y a les médicaments qui ne sont pas top. C'est surtout des benzodiazépines, ça peut entraîner d'autres dépendances, donc une dépendance au médicament. Il y a des

histoires de Baclofène ® qui sont plus ou moins controversées, on sait pas si on doit en mettre ou pas. Les études divergent donc c'est vrai que c'est compliqué. »

- N°21 : *« Ça se fait au coup par coup, j'ai pas de prise en charge particulière, je ne suis pas très médicament parce que je suis pas forcément à l'aise avec ça vu que j'en prescris pas si souvent. »*
- N°22 : *« Sur l'arsenal thérapeutique, il n'y a pas grand-chose. Je pense que c'est plus du coaching à mon avis. Je pense que c'est plus ça que les médicaments. On avait Selincro ® à un moment donné, je sais plus ce que ça donne maintenant. »*

C. Recours aux aides extérieures

a. Les consultations addictologiques et les centres d'addictologie

Les consultations d'addictologie, notamment par le biais de centres de soin, étaient un facteur facilitant pour de nombreux médecins :

- N°15 : *« Ou alors là je sais passer la main, si vraiment eux ils ont commencé à être coopérants un peu. Parce que parfois se faire aider par un addictologue ça marche bien. On a la chance d'avoir une consultation d'addictologie à l'hôpital de [Anonyme]. Un hôpital de proximité, on a quelqu'un qui prend en charge donc ça aide bien. »*
- N°15 : *« Moi quand c'est un peu compliqué, je passe facilement la main à l'addictologue, mais il faut que le patient ait avoué qu'il ait une consommation. »*
- N°18 : *« Et puis après il faut lui trouver un rendez-vous avec un addictologue. Donc souvent c'est moi qui prends rendez-vous parce que souvent c'est un peu compliqué et ça risque de les décourager donc je lui prends un rendez-vous. On lui dit tel jour, à telle heure il faut être présent. »*

Trois médecins faisaient part d'expériences plus contrastées :

- N°16 : *« Puis la prise en charge spécialisée de l'alcoolisme dans l'Oise, bah les retours que j'ai sont pas terribles... Les patients me renvoient pas de retours très positifs. Donc on va dire, je me sens assez isolée, assez impuissante et les résultats... »*
- N°18 : *« Là actuellement je suis en train d'en suivre 3 mais... on est buté à un problème car il faut les internier mais on ne trouve pas de place... »*
- N°21 : *« C'est un petit centre de périphérie, il y a des addictos de St Quentin qui viennent, c'est le CHA je crois. Donc ils ont de quoi être pris en charge mais ça rate souvent. »*

b. Prise en charge psychologique

- N°21 : *« Après je passe facilement la main, pour moi tout ce qui est psychologique, c'est important. Donc les psychologues rentrent en ligne de compte. »*

VII. Ressenti du médecin vis-à-vis des autres addictions

1. Une approche globale

Plusieurs médecins ne faisaient pas de distinction dans la façon d'aborder l'alcool et les autres addictions :

- N°6 : *« Bah toujours, si on évoque un type d'addiction et bien parler des autres. Mon ressenti c'est ça, c'est essayer d'aller voir autour. [...] Moi dans ma démarche, en fonction du type d'addiction : déterminer les autres addictions, voir où ça en est autour de ça, quelle est la priorité aussi, pour traiter. »*
- N°8 : *« Oh bah c'est une question comme une autre, je n'ai pas de préjugé où... Bah non je vous dis « vous faites de la tension ? », « Bah oui » ou « non ». « Diabète ? », « Bah non », « Vous prenez des boissons alcoolisées ? », « Bah oui ». « Vous fumez ? ». »*
- N°19 : *« Mais donc j'aborde la même chose, enfin tous les sujets un peu de la même façon mais en personnalisant évidemment à chaque personne. »*

2. Le tabac, un sujet plus facile

Pour beaucoup, l'abord du tabac était plus facile :

- N°2 : *« C'est ce que je disais, c'est moins facile que de demander la consommation de tabac. »*
- N°7 : *« Je trouve que c'est pas très bien mais je trouve que le tabac, c'est beaucoup plus facile. »*
- N°9 : *« Mais ouais c'est pas facile quand même je pense. Plus facile le tabac en tout cas que l'alcool. »*
- N°16 : *« Bah le tabac, je trouve que c'est beaucoup plus facile d'aborder le sujet du tabac. »*

A. Un abord systématique et plus fréquent

L'abord du sujet du tabagisme était systématique pour plusieurs médecins, souvent plus fréquemment abordé que la consommation d'alcool :

- N°2 : *« Bah en premier, je vais aborder quasiment de manière systématique le tabac. L'alcool un peu moins souvent. »*

- N°7 : « *Le tabac c'est vraiment une question, je ne vais pas dire à chaque consult, qui est quand même très fréquente.* »

B. Un sujet moins tabou

Plusieurs raisons expliquant cette facilité étaient avancées. Pour beaucoup de médecins, le sujet du tabac était moins sujet au déni, plus évident et moins tabou :

- N°1 : « *La représentation populaire c'est pas la même. C'est pas le même genre de rapport à l'addiction qu'il y a. Dans le tabac les gens ils ont un peu l'impression d'être piégés malgré eux et dans l'alcool il y a plus une idée de parfois de culpabilité, de dire que c'est de sa faute.* »
- N°3 : « *C'est souvent beaucoup plus simple, en tout cas, c'est souvent beaucoup plus accepté d'en parler parce qu'effectivement les personnes en général qui consomment ne s'en cachent pas de toute façon. C'est connu aux yeux de tous en général qu'ils consomment du tabac [...]* »
- N°16 : « *Aucun problème d'aborder le sujet du tabac avec n'importe qui. En plus le tabac c'est plus simple parce qu'en général ils sentent la cigarette donc en général on dit tout de suite « Vous fumez. » ... Voilà et puis en général les gens n'ont pas peur de dire « Je fume. » ou « Je fume pas. ».* »
- N°17 : « *Alors le tabagisme c'est vrai qu'il y en a énormément alors on commence à... Bon y'a pas de tabou là-dessus donc ça c'est vrai que c'est assez facile.* »
- N°18 : « *Vous savez l'alcool des gens n'aime pas en parler c'est un peu tabou, mais par compte la cigarette il en parle très librement.* »
- N°20 : « *Si vous voulez je pense que le patient, enfin je dis le ou la patiente qui s'alcoolise, parce qu'il y a des femmes qui s'alcoolisent, il éprouve un sentiment de culpabilité que le fumeur ou la fumeuse n'éprouve pas.* »

C. Une prise en charge mieux connue et mieux maîtrisée

Les traitements substitutifs nicotiques étaient également vus comme un facteur favorisant pour de nombreux médecins pour plusieurs raisons : leur remboursement favorisant leur acceptabilité, leur facilité d'usage et leur bonne image amenant parfois certains patients à consulter spontanément :

- N°17 : « *Bon y'a pas de tabou là-dessus donc ça c'est vrai que c'est assez facile. Les traitements, je pense qu'ils sont bien connus par patch, par substitut donc ça c'est...* »

- N°18 : « *Pour le tabac ça c'est très fréquent. J'aide beaucoup de jeunes dames à arrêter de fumer tout en leur prescrivant d'abord des patchs et petit à petit elles arrêtent complètement.* »
- N°20 : « *Alors tabac, euh oui j'en parle d'autant plus que maintenant on a un très, très bon argument c'est que les patchs sont remboursés.* »
- N°24 : « *Bon pour ce qui est du tabac ça c'est vrai, ce qui nous a grandement facilité les choses c'est vraiment, vraiment le remboursement des patchs et des gommes. Je trouve qu'on a encore plus de demande pour l'arrêt du tabac parce qu'avant c'était plus à moi d'aller vers les gens. [...] Donc là, je pense qu'au niveau du tabac il y a une bonne dynamique. Il faut continuer là-dessus.* »

Un médecin soulignait l'importance des campagnes de prévention :

- N°9 : « *Alors je dirais le tabac c'est peut-être plus facile notamment quand il y a des grandes campagnes d'arrêt du tabac c'est plus facile de parler de cela.* »

3. Les autres drogues, un sujet difficile

Plusieurs trouvaient le sujet de la drogue plus difficile à aborder :

- N°3 : « *Malheureusement, pour les drogues, c'est parfois beaucoup plus compliqué parce qu'en général c'est souvent caché et souvent mal accepté de la part du patient ou son entourage, donc déjà il faut un moment propice pour le faire* »
- N°8 : « *On va dire tabac, alcool, ça me gêne pas d'en parler, les autres drogues, les autres addictions, là on va dire, là oui j'éprouve des difficultés.* »
- N°23 : « *Drogue, drogue j'avoue c'est plus compliqué.* »

A. Un abord non systématique

Deux médecins précisait ne pas l'aborder systématiquement :

- N°2 : « *Consommation de stupéfiants, je l'évoque pas forcément. Comme quoi c'est pas aussi facile que de demander si les patients fument. [...] Généralement consommation de stupéfiants ce n'est pas moi qui pose la question. C'est le patient qui va avoir un traitement en conséquence. Ce n'est pas moi qui vais poser la question.* »
- N°21 : « *Et ça c'est vrai que je l'aborde pas du tout spontanément, à part les étudiants qui viennent. C'est un cadre de consultation très particulier : il y a les examens, ils sont fatigués, on en parle là. Mais sinon chez le jeune adulte, l'adulte, pas du tout.* »

B. Une mauvaise image du consommateur de drogue

Plusieurs médecins faisaient état d'une mauvaise image du consommateur de drogue, pour le premier cela l'amenait même à ne plus les prendre en charge :

- N°8 : « *Un toxicomane X qui va prendre ou qui détourne le produit de substitution, qui va vous demander des tranquillisants, des ceci, des cela, qui demande des cocktails, qui bascule dans une addiction, dans un autre. Je veux dire, là on n'est plus médecin, on a l'impression d'être revendeur. Vous voyez, j'ai une image franchement négative par contre. À tel point que je préfère ne plus suivre ces gens-là.* »
- N°17 : « *Honnêtement, je préfère qu'ils soient suivis par un interlocuteur parce qu'ils ont tendance à rouler les médecins. [rire]* »
- N°19 : « *Alors pour les drogues figurez-vous que quand j'étais à Saint-Denis, je ne voyais pas les toxicos parce que je refusais de les voir, parce que c'était une source d'emmerdes. J'avais cette impression en tout cas.* »

C. Manque d'expérience

L'une des principales raisons évoquées était le manque d'expérience, notamment due à un faible nombre de patients concernés, un défaut de formation et une faible maîtrise des traitements substitutifs :

- N°8 : « *La toxicomanie X, les drogues douces, dures, tout ce qu'on veut là, j'ai l'impression d'être complètement débordé, dépassé, roulé et à partir de là, j'ai l'impression que je suis moins nocif en ne faisant rien.* »
- N°9 : « *Bon les drogues personnellement, je suis pas des gens qui prennent de la drogue donc voilà.* »
- N°10 : « *Ici à ma connaissance il y a peu de drogués, très peu ou j'en ai pas.* »
- N°12 : « *Alors toxicomane, on en a... moi j'en ai très peu. Après c'est vrai qu'il y en a ... c'est pas... et puis en plus c'est pas trop mon truc.* »
- N°15 : « *Alors aux drogues, ça c'est un truc, je suis... Je suis peut-être pas assez vigilante, on n'est pas trop confronté. J'ai pas eu beaucoup de cas pendant mon activité.* »
- N°16 : « *Après les drogues bah j'avoue que j'en ai pas beaucoup ici, alors peut-être que je les diagnostique pas... Une patientèle plutôt... Enfin j'ai pas... Officiellement, entre guillemets, j'ai pas de toxicomanes ou d'héroïnomanes qui viennent réclamer leur médicament ici.* »

- N°17 : « *Je suis pas vraiment à l'aise là-dessus parce que les substituts, j'arrive pas à les maîtriser parfaitement en ce qui concerne les opiacées. »*
- N°21 : « *Il y a beaucoup de choses, tout ce qui est drogue autre par exemple je ne fais jamais de prescription de Subutex® etc. Moi j'ai très peu de toxicos »*
- N°23 : « *Là j'ai du mal. Je fais pas des renouvellements des choses comme ça pour tout ce qui concerne la drogue. Mais après j'ai pas eu de formation non plus. Là pour le coup, je suis absolument pas à l'aise. Je pose des questions mais je prends pas en charge. »*

D. Le recours à un suivi addictologique

En réponse à ce manque d'expérience, beaucoup de médecins passaient la main lors de la prise en charge de patients consommateurs de drogues :

- N°15 : « *On a eu des renouvellements à faire parfois mais je passe la main à l'addictologue sans... Surtout qu'elle est vraiment très bien formée à ça. Je passe la main très rapidement pour les drogues, ça me semble tellement grave là déjà. »*
- N°17 : « *C'est vrai que c'est un problème pour moi et vraiment je pense qu'il faut mettre ça dans les structures spécialisées qui peuvent maîtriser le problème social et médical en même temps. »*
- N°23 : « *Je pose des questions, après prise en charge de drogues là j'adresse au collègue spécialisé, c'est pas du tout... Là j'ai du mal... »*

E. Cannabis : un cas à part

La consommation de cannabis était vue par certains comme plus facile à aborder car moins tabou :

- N°11 : « *Et ici des gens, maintenant de plus en plus, on voit des gens, ils disent plus volontiers qu'ils fument du haschich. Directement, voilà. »*
- N°16 : « *Et puis le cannabis, oui ça m'arrive d'en parler, j'ai pas trop de mal à en parler. Donc c'est vrai que finalement, c'est plus facile d'aborder que les autres addictions... enfin hormis héroïne et stupéfiants [...] L'image est moins négative finalement de... de... enfin l'addiction tabac et l'addiction cannabis. »*
- N°20 : « *D'ailleurs, d'eux-mêmes ils vont me l'avouer : « Bah je fume un joint de temps en temps quoi docteur. »*

Discussion

I. Méthode

1. Force

L'étude portant sur des données non quantifiables telles que le ressenti, le choix de la méthode qualitative était donc adapté à l'objectif. Les questionnaires semi-ouverts ont permis également d'éviter d'influencer les participants et de recueillir ainsi leurs réponses, leurs hésitations et leurs commentaires avec le moins d'interventions possibles de la part de l'enquêteur.

2. Faiblesses

A. Biais de recrutement

Lors du recrutement de nombreux appels n'ont pas abouti soit par absence de réponse soit par refus exprimé notamment lié au manque de temps ou de disponibilité ou le refus de participer à un entretien en présentiel.

Le sujet et la méthodologie contraignante niveau horaire ont pu engendrer un recrutement biaisé envers des personnes plus disponibles au niveau horaire et/ou ayant d'avantage d'intérêt pour le sujet. En effet plusieurs médecins recrutés avaient des antécédents professionnels avec la prise en charge de l'alcoolisme : activité hospitalière, travail dans un centre d'addictologie, thèse passée sur le même sujet. Par ailleurs le nombre de refus semble plus élevé dans l'Oise. Cette différence pourrait s'expliquer par la période de recrutement hivernale dans ce département engendrant plus de refus liés à l'absence de créneaux horaire libres.

Afin de lutter contre ce biais lors du recrutement téléphonique, lorsque les praticiens exprimaient un manque de créneaux horaires disponibles un rendez-vous sur une date plus lointaine était proposé. Lorsqu'ils exprimaient ne pas se sentir concernés par le sujet, il était précisé que la méthodologie qualitative rendait leur avis tout aussi pertinent.

B. Biais de recueil de données

Lors du recueil de données par entretiens semi-directifs, l'attitude de l'enquêteur a pu influencer les réponses et modifier la compréhension des questions. Afin de limiter ce biais les entretiens ont été réalisés par un seul enquêteur en gardant une attitude la plus neutre possible et en suivant un script de questions et de relances établi à l'avance.

Certains médecins ont reconnu être peu habitués à ce type de recueil de données et ne pas savoir comment répondre, notamment en l'absence de l'accès direct au questionnaire (pour éviter toute

influence sur les réponses). Pour pallier cela le principe du recueil semi-directif était expliqué avant l'entretien.

Finalement un entretien n'a pas pu être inclus au questionnaire en raison d'un problème d'enregistrement. Par la suite, les enregistrements ont été réalisés en double afin d'éviter la perte de données.

II. Rapport à l'alcool

1. Une consommation répandue

Dans l'ensemble la consommation d'alcool était largement répandue chez les médecins interrogés à l'exception d'un d'entre eux qui ne consommait pas d'alcool. Cette proportion de non-buveur dans l'échantillon semble faible comparée à des études réalisées auprès de médecins généralistes qui retrouvaient des proportions différentes :

- Une thèse réalisée en 1999, portant sur la santé de 400 médecins généralistes du Bas-Rhin retrouvait 19% de non consommateurs (29).
- Une autre thèse similaire réalisée en Bretagne en 2002 mettait en évidence 22% de médecins ne consommant jamais ou exceptionnellement de l'alcool (30).
- Un autre thèse auprès de médecins généralistes dans la Vienne en 2004 retrouvait 36.5 % de médecins non consommateurs, ou très peu consommateurs (31).

Cette faible proportion de médecins non-consommateurs pourrait peut-être s'expliquer par un biais de sélection. Les médecins non-consommateurs seraient moins susceptibles de répondre au questionnaire. Cependant l'évaluation de la consommation d'alcool des médecins généralistes ne fait pas partie des objectifs de l'étude et la méthodologie qualitative ne permet pas de comparer directement des résultats statistiques.

2. Une consommation dans l'ensemble conviviale et modérée

La consommation était le plus souvent associée à des notions de plaisir, convivialité et occasion festive largement retrouvées dans la littérature (32,33). Cependant pour deux médecins qui expliquaient ne consommer de l'alcool qu'en contexte festif pour « faire plaisir », cela relevait plus de la convention sociale que du plaisir personnel. Ces déclarations peuvent être mises en relation avec les résultats de l'enquête EROPP 2018 où offrir ou boire de l'alcool fait partie des règles du savoir-vivre pour 56 % des enquêtés (8).

La plupart qualifiaient leur consommation d'occasionnelle et raisonnable, notamment en se fixant des règles comparables aux recommandations officielles telles que : ne pas boire tous les jours, ne pas boire en semaine notamment pendant le travail, ne pas boire seul, éviter les excès et l'ivresse. La consommation d'alcool était donc répandue mais à moindre risque dans l'ensemble compte tenu de bonnes connaissances des risques et d'une consommation plus contrôlée. Des résultats similaires ont été retrouvés dans d'autres études réalisées dans la Vienne (31) et en Meurthe et Moselle (34).

Deux praticiens déclaraient une relation plus complexe avec des épisodes de consommation excessive nécessitant une vigilance et un contrôle particulier de leur part. Ces résultats peuvent être corrélés à une étude de 2004 réalisée dans les Pays de la Loire (35) où parmi les médecins interrogés 5.5% estimaient avoir une consommation excessive.

Concernant le lien entre rapport personnel à l'alcool et la façon d'aborder, seuls deux médecins se prononçaient sur le sujet. L'un d'entre eux ne consommant pas du tout d'alcool, expliquait que cela pouvait être source d'incompréhension vis-à-vis de patients très dépendants. Un autre médecin avait le sentiment d'être objectif pour prendre en charge les personnes alcoolodépendantes du fait de son absence de dépendance.

III. Représentation de la personne alcoolique

De manière générale la personne alcoolique était décrite comme une personne malade nécessitant des soins.

Les critères définissant la personne alcoolique évoqués par les médecins étaient multiples et pouvaient se regrouper en deux types de définition. Certains le faisaient remarquer et citaient deux définitions différentes alors que d'autres exprimaient des difficultés à donner une seule définition précise.

1. Une définition basée sur les niveaux de consommation

Des médecins évoquaient des critères quantitatifs pour définir la personne alcoolique. Celle-ci était définie par une consommation excessive d'alcool par rapport à un seuil de consommation quotidienne. Certains y associaient la notion de dépendance et de régularité de la consommation, engendrant un risque de complications à terme. Ces éléments rejoignent les recommandations de la SFA et les notions d'usage simple, d'usage à risque, d'usage nocif et d'usage avec dépendance (2).

Le seuil plus fréquemment exprimé par les médecins était de trois verres par jour sans précision de sexe ou de deux verres pour les femmes et trois pour les hommes. Celui-ci était superposable aux anciennes recommandations de la SFA renouvelée en 2015 (2) :

- Pas plus de 21 verres semaine chez l'homme : 3 verres par jour en moyenne
- Pas plus de 14 verres semaine chez la femme : 2 verres en moyenne
- Pas plus de 4 verres par occasion

Cependant il faut remarquer que ces seuils ne correspondent pas aux recommandations actuelles de 2017 vues dans l'introduction (1).

Pour mémoire, les entretiens ont été réalisés après la publication de l'avis d'experts de 2017 entre le 12/07/2018 et le 02/04/2019. Entre autres une campagne d'information avait été lancée du 26/03/19 au 14/04/19.(36) Du 01/04/19 et 02/04/2019, cinq derniers entretiens ont été réalisés durant cette campagne d'information. Dans les entretiens, un seul médecin mentionnait un seuil similaire en parlant d'alcoolisme à partir de plus de deux verres par jour, sans parler de fréquence hebdomadaire ni de jours sans consommation dans la semaine et aucun médecin n'a parlé spécifiquement des recommandations de 2017.

2. Une définition basée sur le retentissement et la dépendance

Pour certains médecins la personne alcoolique était définie par un retentissement négatif lié à la consommation d'alcool plutôt que par des critères quantitatifs. Ce retentissement se traduisait en divers signes et symptômes. Ces critères évoqués par les médecins pouvaient correspondre aux classifications médicales même si aucune d'entre elles n'était directement nommées.

Le retentissement pouvait être médical avec des complications cliniques et biologiques notamment par l'apparition ou l'aggravation de pathologies liées à la consommation d'alcool ou l'existence de signes physiques (facies, tremblement) et biologiques (enzymes hépatiques, VGM) trahissant une imprégnation alcoolique chronique.

Les conséquences pouvaient également se manifester sous la forme de troubles psycho-comportementaux, avec des altérations de la personnalité, des troubles psychiatriques notamment anxiodépressifs.

La dimension sociale était également évoquée par certains médecins, notamment l'association avec un contexte défavorisé étant présenté à la fois comme une cause et une conséquence d'une consommation abusive. D'autres médecins évoquaient également des complications d'ordre familial, professionnel et judiciaire. La notion de dépendance était également évoquée avec

notamment l'existence de signes de manque, l'impossibilité de contrôler sa consommation et la reconnaissance de la dépendance par le patient.

Ces éléments évoqués dans les témoignages correspondaient aux définitions d'usage nocif et d'usage avec dépendance du CIM-10 (Tableau 1) (3) ainsi qu'à celles des Troubles liés à l'usage de l'alcool définie par le DSM-5 (Tableau 2) (5).

3. Une grande variété de profils

Dans l'ensemble, l'alcoolisme était vu par les médecins comme un problème universel touchant une partie importante de la population française quels que soient le sexe, l'âge (6,7) et les catégories socio-professionnelles. (37) Cette universalité n'excluait pas une grande variété dans les usages et mésusages avec des expressions différentes selon les profils, ce qui constituait pour certains une des raisons de la difficulté à donner une définition unique.

Certains évoquaient l'existence d'autres types d'alcoolisme sous forme d'alcoolisation excessive mais ponctuelle. Ce phénomène était décrit comme relativement nouveau sous la forme du *binge drinking*. On peut rapprocher cette définition de celle des Alcoolisations Ponctuelles Importantes (API) (2).

Ce type de consommation était notamment associé à un public jeune, ce qui est cohérent avec les chiffres de consommation des Hauts-de-France en 2017 : La prévalence des API dans l'année était la plus importante chez les 18-30 ans (45,2% dont 21,2% au moins une fois par mois et 6,2% au moins une fois par semaine) et elle diminuait ensuite avec l'âge (15).

IV. Ressenti sur l'abord du sujet

Tous les médecins interrogés abordaient le sujet de la consommation d'alcool lors de leur activité de médecine généraliste, cependant les conditions d'abord et les méthodes divergeaient

1. Quand aborder le sujet

Concernant le choix du moment pour parler de la consommation d'alcool en consultation, deux grandes tendances se dégagèrent.

A. Une demande initiée par le patient ou l'entourage

Parfois le sujet de la consommation d'alcool était initié par le patient, soit dans une démarche de demande de soin, soit dans le cadre d'une contrainte judiciaire. Dans ce cas précis les praticiens n'éprouvaient pas de difficulté à aborder le sujet.

La demande pouvait également émaner de l'entourage du patient durant la consultation ou en dehors celle-ci. La présence de l'entourage en consultation était décrite comme un facteur favorisant la discussion mais aussi parfois comme un frein du fait du caractère honteux du sujet.

Des médecins soulignaient également que les demandes spontanées de patients étaient rares, mettant en évidence que le sujet devait également être abordé par le médecin.

B. Une approche systématique

Plusieurs médecins abordaient le sujet dans une logique systématique, le plus souvent dans le cadre d'un bilan de prévention globale, dans le suivi d'un patient ou l'évaluation d'un nouveau patient.

Dans une logique préventive, la consommation d'alcool était également évoquée systématiquement chez les femmes enceintes conformément aux données de la science (38) et dans le cadre de la prévention des interactions médicamenteuses.

Certains expliquaient cependant ne pas l'aborder souvent par la suite. Or les consommations peuvent varier dans le temps tout au long de la vie et il est recommandé de les réévaluer fréquemment (2).

C. Une approche sur signe d'appel

A contrario, d'autres médecins expliquaient ne pas aborder le sujet systématiquement en l'absence de point d'appel ou de demande explicite du patient. Ils abordaient le sujet chez les patients présentant des signes d'alcoolisation chronique ou aiguë et/ou en cas de troubles médicaux associés à une consommation excessive notamment hépatiques, cardiovasculaires, etc.

On remarque toutefois qu'un seul médecin évoquait l'hypertension artérielle comme point d'appel alors que la consommation d'alcool constitue la première cause d'hypertension artérielle toxique (39).

Les signes biologiques étaient également évoqués par la plupart des médecins comme des signes d'appel, notamment enzymes hépatiques, CDT et VGM.

Le sujet était également évoqué en cas de troubles anxiodépressifs. Le lien avec ce type de manifestation est bien mis en évidence dans la littérature.(40) Les personnes marginalisées ou dans une situation socio-professionnelle difficile étaient également dépistées par les médecins interrogés avec un lien démontré dans la littérature comme vu dans l'introduction (20,21).

Dans l'ensemble les praticiens abordaient le sujet selon des points d'appel conformes aux recommandations de la SFA (2), reprenant elles-mêmes celles du *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (41) et de la *National Treatment Agency for Substance Misuse*. (42)

Cependant, certaines divergences avec les recommandations citées ci-dessus étaient observées. En effet, des médecins expliquaient ne pas aborder le sujet en l'absence de signes d'appel, notamment cliniques et biologiques. D'autres éprouvaient des difficultés à aborder le sujet lorsque le motif de consultation n'avait pas de rapport direct avec la consommation d'alcool.

Or, les recommandations indiquent clairement que si les signes cliniques sont des indicateurs à connaître pour détecter les mésusages, il est recommandé de ne pas attendre la présence de signes d'appel pour évaluer la consommation d'alcool du fait de l'existence d'usage à risques encore asymptomatique. En effet il a été démontré que se baser uniquement sur les signes cliniques pouvait amener à de nombreux cas non diagnostiqués (43).

Concernant les examens biologiques, ils sont peu spécifiques. Les gamma Gt, souvent cités, sont peu sensibles et ont une mauvaise spécificité, notamment devant l'existence de faux positifs (diabète, médicament, pathologie hépatique) (44). En ce qui concerne le VGM, ce dernier est de sensibilité médiocre mais de spécificité élevée (44,45).

Certains médecins en étaient conscients et signalaient ces limitations liées aux signes cliniques et biologiques et de leur non-spécificité.

2. Le recueil d'information

Les médecins évaluaient la consommation d'alcool déclarée en interrogeant sur la fréquence et la quantité d'alcool.

Le type d'alcool consommé était parfois demandé, ce qui n'est pas forcément pertinent en matière de prévention étant donné que le risque s'estime vis-à-vis de la quantité d'alcool pur. Cependant, cela pourrait permettre d'obtenir une évaluation plus précise de la consommation chez certains patients en évitant les oublis.

De manière plus générale, des médecins expliquaient s'intéresser à la personne dans son ensemble pour comprendre et évaluer le contexte et la raison du mésusage ainsi que son retentissement.

Un médecin évaluait systématiquement la volonté du patient de se prendre en charge lors de l'abord du sujet en expliquant que selon lui les suites de la prise en charge n'étaient pas envisageables sans la volonté du patient de se prendre en charge.

L'utilisation de questionnaire de type AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) (Annexe 2), de sa version simplifiée AUDIT-C (Annexe 3) ou de type FACE (*Fast Alcohol Consumption Evaluation*) (Annexe 4) n'a pas été mentionnée. Une thèse réalisée dans la Somme soulignait ce point en démontrant que seulement un médecin sur dix utilisait ce type de test.(46) Pourtant ceux-ci constituent des outils ayant fait leurs preuves dans la détection du mésusage en médecine générale en France.(47–49)

3. Les facteurs influençant l'abord du sujet

A. Un sujet tabou

Pour la majorité des médecins, soit seize sur vingt-quatre, aborder le sujet de la consommation d'alcool avec leur patient était jugé difficile compte tenu de la représentation péjorative, gêne et caractère tabou que certains patients alcooliques pourraient avoir.

Les praticiens avaient l'impression que, aux yeux de la population générale, l'image de la personne « alcoolique » était plutôt négative et associée à la culpabilité et à la honte. Cette image négative est retrouvée dans la littérature internationale, les personnes souffrant d'alcoolisme étant perçues comme dangereuses, imprévisibles, responsables de leurs symptômes et par conséquent moins considérées comme malades (50–53).

En France, en 2013, les résultats de l'enquête EROPP étaient similaires : Les buveurs excessifs étaient perçus dangereux pour leur entourage par une majorité d'interrogés. Par ailleurs ils n'étaient perçus comme malades que par 24% de la population même si 49% considéraient que des facteurs familiaux et personnels pouvaient entrer en jeu (54).

Cette stigmatisation de l'alcoolisme et la honte éprouvée par les personnes concernées ont clairement été identifiées comme une barrière à la détection et à la prise en charge de la personne alcoolodépendante (55–57).

On note cependant que quatre médecins ne trouvaient pas le sujet de la consommation d'alcool particulièrement sensible ou difficile à aborder. De plus parmi les seize médecins trouvant le sujet sensible ou tabou chez les patients, cinq d'entre eux précisaient ne pas personnellement être gênés par le sujet. Ces résultats sont comparables à une autre étude qualitative dans laquelle les médecins ne se sentaient pas gênés pour parler d'alcool (58).

Ce caractère tabou était lié à de nombreux facteurs influençant la façon d'aborder le sujet.

B. Ouverture au dialogue

a. Un facteur facilitant la discussion

L'ouverture du patient au dialogue était déterminante lors de l'abord du sujet. Parler de la consommation d'alcool était jugé facile lorsque les patients étaient réceptifs et parlaient librement et ouvertement. Certains médecins associaient notamment ce comportement au patient masculin « bon vivant ».

Dans la même logique les patients demandeurs de soins ou acceptant une prise en charge étaient plus faciles à aborder initialement.

b. Réactions négatives

A contrario les médecins éprouvaient des difficultés en cas de réactions négatives.

Celles-ci pouvaient se manifester sous la forme de déni et de dissimulation, rendant difficile l'évaluation et la détection de la consommation d'alcool. Pour certains les personnes à haut niveau socio-culturel et les femmes étaient plus enclines au déni et à la dissimulation. Dans d'autres cas ces réactions négatives se manifestaient sous la forme de colère ou d'agressivité chez les patients, rendant le dialogue difficile et engendrant une crainte de se tromper chez certains médecins. Dans les deux cas cela pouvait aboutir à une rupture du suivi médical.

Si certains adoptaient alors le sujet de la consommation d'alcool de façon directe et sans détours, d'autres privilégiaient une approche indirecte pour éviter ce genre de réaction.

Des médecins substituaient le terme alcool par un autre à connotation moins négative tel que « boisson » ou « apéritif ». Dans la même logique certains adoptaient une attitude non culpabilisante et évitaient les situations d'affrontement. D'autres expliquaient ne pas insister et revenaient sur le sujet en plusieurs interventions.

Des médecins s'appuyaient sur les examens paracliniques, notamment biologiques pour aborder le sujet. Outre leur utilisation comme signe d'appel comme vu plus haut, certains médecins les utilisaient pour confirmer leur impression ou susciter une motivation du patient en contournant un éventuel déni avec des preuves concrètes. Ce qui est conforme aux études et recommandations citées plus haut (44).

Enfin, certains abordaient le sujet en même temps que d'autres sujets de prévention. La question de la consommation d'alcool était alors posée secondairement, notamment après la question du tabac jugée plus facile par certains médecins.

Tous ces détours et périphrases soulignent le problème de la propre représentation des praticiens du patient alcoolique. L'alcoolisme semble donc être également pour eux un sujet tabou.

C. L'importance de la relation médecin-patient

La relation médecin-patient était vue comme un outil précieux dans l'abord de ce sujet délicat. La confiance du patient était un facteur déterminant pour les médecins interrogés : celle-ci facilitait le dialogue par sa présence et le rendait difficile voire impossible en cas d'absence.

Cette relation de confiance était mise en avant par certains médecins pour faciliter l'abord du sujet, notamment en garantissant le secret médical, en se plaçant dans une position empathique et en proposant de l'aide.

Paradoxalement pour un des médecins, connaître le patient depuis trop longtemps pouvait induire une gêne à évoquer ce sujet tabou.

La place du médecin dans le dépistage des troubles liés à l'usage de l'alcool et l'importance de cette relation de confiance, du point de vue du patient, ont également été mis en évidence lors de plusieurs études. Un sondage mené en 2003 et publié dans La Revue du Praticien mettait en évidence la confiance des patients envers leur médecin pour aborder le sujet de la consommation d'alcool : les participants considéraient le médecin généraliste comme légitime et en capacité d'aborder le sujet (59). Plus récemment, dans une thèse sous la forme d'une étude qualitative en 2017 à Toulouse, le médecin était considéré comme un acteur majeur de la prise en charge de troubles liés à l'usage de l'alcool du fait de sa relation privilégiée et durable avec les patients (60).

En présence d'une relation de confiance le caractère tabou du sujet ne constituait plus un frein mais au contraire une incitation à aborder le sujet chez des patients parfois isolés et en souffrance. En effet, d'après plusieurs médecins interrogés, dans certains cas aborder le sujet avait un effet libérateur chez des patients vivant mal leur alcoolisme. Dans ces cas la relation médecin-patient était renforcée et la discussion grandement facilitée. Du fait de ces réactions positives, un médecin interrogé remettait en question son appréhension à aborder le sujet et considérait qu'elle pourrait aborder plus souvent le sujet devant l'absence de retour négatif.

D. Une méconnaissance de la part de la population

Parfois, le problème venait d'une méconnaissance plutôt qu'un déni volontaire. Des médecins remettaient en question les connaissances de certains de leurs patients vis-à-vis de l'alcool.

a. Une méconnaissance des seuils recommandés

Pour certains praticiens la notion de consommation « normale » pouvait être variable selon les patients parfois mal informés. Certains patients relativisaient leur consommation par rapport à l'entourage, et buvaient alors « comme tout le monde ».

Ces impressions concordent avec les études actuelles. La notion de « verre standard » est mal définie au yeux de la population européenne (61). Il en est de même pour la notion de seuil recommandé : dans une étude de 2003 de la Revue du Praticien (59) la moitié des personnes interrogées fixait les seuils de consommation à risque à des doses supérieures aux recommandations.

Par ailleurs, certains médecins interrogés faisaient remarquer que certains patients minimisaient le caractère alcoolique de certaines boissons, les obligeant parfois à insister sur les différentes boissons alcoolisées consommées lors de l'interrogatoire. On retrouve également cette notion dans les résultats du Baromètre Cancer 2015 (62) où la perception du danger variait selon le type d'alcool avec 50.7% des personnes interrogées considérant que les alcools forts étaient plus dangereux pour la santé.

b. Méconnaissance des risques

D'autres médecins dénonçaient une mauvaise connaissance des risques liés à l'alcool chez certains patients avec parfois une tendance à minimiser les risques.

Les résultats du Baromètre Cancer 2015 (62) concordent avec les impressions des médecins interrogés concernant les connaissances en matière de risques liés à l'alcool : les consommateurs se sentaient mieux informés sur les risques que les abstinents. Cependant les consommateurs quotidiens étaient moins nombreux à percevoir un risque lors d'une consommation supérieure au seuil recommandé.

Concernant la dangerosité de la consommation d'alcool sur le plan plus général, en 2018, 11% des personnes interrogées considéraient l'alcool dangereux à partir d'une consommation occasionnelle et 79% considéraient que l'alcool était dangereux seulement à partir d'une consommation quotidienne (8). Ceci était en contradiction avec les recommandations de 2017 (1) et les données de la science démontrant une dangerosité même à faibles doses (12,63).

Dans l'ensemble il était retrouvé une surestimation des connaissances de la part des consommateurs qui concorde avec le défaut de connaissance de certains patients rapporté par certains médecins dans notre étude.

c. Prévention et information

En réponse à cette tendance, les médecins adoptaient une approche d'information et de conseils. Ces conseils portaient sur les effets néfastes de l'alcool, dédramatiser le sujet et expliquer les modalités de prise en charge plutôt que de les imposer. Un d'entre eux expliquait cependant avoir le sentiment de ne pas être pris au sérieux par certains patients lorsqu'il faisait de la prévention.

L'importance des campagnes d'information dans la prévention de l'alcoolisme était également soulignée par un médecin qui voyait en elle une aide précieuse dans l'évolution des mentalités. Leur efficacité est cependant difficile à évaluer. En effet, il semblerait que les consommations déclarées utilisées dans les études sous-évaluent les consommations réelles si on les compare aux chiffres des ventes d'alcool (64).

Autre problème, la publicité pour les boissons alcoolisées met parfois en opposition intérêt économique et santé publique : en 2011, 460 millions d'euros d'investissements publicitaires auraient été consacrés à la promotion de la consommation d'alcool contre 3 millions d'euros environ consacrés à la prévention par Santé Publique France (1).

V. Ressenti général

1. Volonté et motivation

Les médecins interrogés étaient conscients des enjeux de santé publique liés au mésusage de l'alcool ainsi que de leur rôle de prévention lié à leur activité de médecin généraliste. Certains exprimaient de l'empathie et de la pitié vis-à-vis des souffrances des personnes en mésusage et revendiquaient une volonté de les aider à s'en sortir. Dans l'ensemble ils exprimaient un sentiment de devoir et de responsabilité liée à leur fonction de généraliste et également une forme de satisfaction en cas de réussite qui renforçait leur motivation.

Ce rôle décrit par les médecins était conforme à la définition de la médecine générale de la WONCA Europe (25) ainsi qu'à la mission de la médecine générale inscrite dans le code de santé publique (65). De plus il a déjà été démontré par le passé que les médecins étaient conscients de ce rôle : dans le Baromètre santé médecin généraliste, 98% des médecins considéraient que la prévention en matière de consommation d'alcool était dans leur rôle (66).

D'un autre côté, cette motivation pouvait être mise à l'épreuve lors de l'abord du sujet. Certains médecins exprimaient de la frustration devant l'absence de résultat et certaines situations sans évolution notamment en cas de déni, de rechute. D'autres exprimaient un sentiment d'impuissance et de découragement.

Cette attitude ambivalente entre d'un côté une volonté et un devoir exprimés de prendre en charge les patients et de l'autre un découragement et une remise en question de leur action a déjà été mise en évidence dans d'autres travaux (67).

2. Remise en question

A. Compétences et formation

Certains médecins interrogés notamment parmi les plus jeunes expliquaient remettre en cause leurs compétences pour aborder et prendre en charge les personnes en situation de mésusage. Le sentiment de ne pas avoir assez d'expérience ou de formation était une des explications avancées.

D'autres plus âgés remettaient également en cause leurs connaissances datant d'une formation ancienne. L'un d'entre eux soulignait qu'il était nécessaire de se former régulièrement du fait de l'évolution des recommandations et des modes de consommation notamment le binge drinking.

Même si l'étude ne portait pas sur la prise en charge médicamenteuse celle-ci posait un problème à plusieurs praticiens. Certains avaient le sentiment de ne pas avoir assez d'expérience et de connaissance pour prescrire un traitement. D'autres exprimaient des doutes vis-à-vis de leur efficacité et des recommandations changeant au fil des années.

Une autre thèse qualitative menée à la faculté de médecine d'Amiens portant sur la prise en charge de l'alcoolisme en médecine générale retrouvait des résultats similaires, à savoir un sentiment de connaissance et d'expérience limité notamment dû à une formation ancienne et également des difficultés avec les moyens médicamenteux disponibles (68).

B. Sentiment de passer à côté

Devant la rareté des demandes spontanées, les cas peu symptomatiques et les patients en déni, certains médecins avaient le sentiment de passer à côté d'un grand nombre de cas et déclaraient être parfois pris de surprise lors de la découverte d'un mésusage d'alcool insoupçonné chez un patient connu de longue date. Cette insuffisance de détection et de traitement a été mise en évidence dans plusieurs études (69,70).

3. Moyens disponibles

A. Contrainte de temps

Avec une durée moyenne de 16 min par consultation (71), le temps est une ressource précieuse en médecine générale. Cela pouvait parfois constituer une contrainte lors de l'abord du sujet de la consommation d'alcool.

Sensibiliser et former les médecins au Repérage Précoce et Intervention Brève (RPIB), qui représente un outil efficace en médecine générale (72), pourrait constituer une piste d'amélioration dans la gestion du temps alloué à la prévention et à l'information.

Le repérage précoce consiste à repérer les consommations à risques et les troubles de l'usage d'alcool en évaluant le niveau de consommation d'un patient, généralement via un questionnaire Type AUDIT ou FACE.

L'intervention brève consiste à informer le patient sur les risques concernant la consommation d'alcool et identifier les attentes et représentations du patient dans le but de discuter un changement de comportement et d'envisager une réduction ou un arrêt. Dans certains cas plusieurs consultations sont nécessaires.

En pratique, 1 minute suffirait à recueillir l'information de la consommation déclarée d'une substance et 5 minutes pour délivrer une information sur un résultat de questionnaire en faisant la corrélation avec les risques et le niveau de consommation, tout en demandant au patient s'il envisage de réduire sa consommation (73,74).

Dans l'ensemble certains médecins décrivaient une méthodologie se rapprochant de ces recommandations mais aucun médecin n'a cité explicitement le RPIB.

B. Les centre d'addictologie

En Picardie, des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) sont présents dans chaque département (75). Le recours aux addictologues notamment grâce à ces structures était mentionné chez plusieurs médecins et constituait une aide précieuse pour la prise en charge et le suivi notamment quand ceux-ci se retrouvaient dépassés par certains cas. On note cependant des avis plus contrastés de certains médecins de l'Oise sur le manque de places et sur des mauvais retours de patients.

Aucun médecin n'a mentionné le recours aux Microstructures Médicales d'Addictions (MSA) mises en place dans les Hauts-de-France suite à un arrêté de décembre 2019 (76).

Les centres d'addictologie sont un outil important dans la prise en charge des conduites addictives et l'importance de l'information et de la communication avec le médecin généraliste avait été mise en évidence lors d'une thèse réalisée à Limoges en 2012 (77).

VI. Ressenti vis-à-vis des autres drogues

Pour les médecins, le sujet du tabagisme était dans l'ensemble abordé librement, plus fréquemment et plus facilement en consultation de médecine générale que celui de la consommation d'alcool. En revanche le sujet des drogues illicites était décrit comme plus compliqué et tabou. Son abord était moins fréquent chez la plupart des médecins. Certains médecins avaient une perception négative de l'usager de drogues illicites, souvent liée à de mauvaises expériences passées. La consommation de cannabis était citée comme un cas particulier par plusieurs médecins : touchant d'avantage les jeunes, son abord était jugé moins difficile.

Ces résultats peuvent être comparés aux résultats du baromètre santé de 2009 (66). Dans cette étude les médecins généralistes trouvaient le sujet du tabagisme plus facile à aborder que le sujet de la consommation d'alcool et le sujet des autres drogues plus difficile que les deux autres. Dans cette même étude les médecins abordaient le sujet du tabac de façon plus systématique que celui de l'alcool, ce dernier étant abordé davantage chez des patients jugés à risque. On retrouve des résultats similaires dans l'étude Franco-Suisse citée plus haut (28).

Les médecins étaient également d'avantage confiants envers leur capacité à prendre en charge le tabagisme vis-à-vis des substituts nicotiques bien maîtrisés et acceptés par les patients. Certains médecins soulignaient l'importance du remboursement des traitements et des campagnes d'information dans l'acceptabilité de la prise en charge et de l'information sur les risques liés au tabac.

A l'inverse plusieurs médecins exprimaient un sentiment de manque d'expérience dans la détection et la prise en charge des stupéfiants. Celui-ci était expliqué par un faible nombre de personnes concernées dans leur patientèle et une mauvaise maîtrise des traitements substitutifs.

Comme pour l'alcool, certains médecins ressentaient le besoin de passer la main lorsqu'ils estimaient ne pas être en mesure de prendre en charge seuls leurs patients toxicomanes. Le recours au réseau d'addictologie était vu comme un facteur favorisant dans la prise en charge des addictions aux drogues illicites. Ce sentiment de manque de formation dans la prise en charge des drogues a déjà été mis en évidence lors d'une thèse réalisée en 2015 (78).

Conclusion

Cette étude a permis de fournir des éléments de réponse pour expliquer la sous-évaluation des troubles liés au mésusage de l'alcool.

Les médecins interrogés étaient impliqués dans leur rôle de prévention et conscients des enjeux de santé publique. Ils avaient, pour la plupart, une attitude empathique et sans jugement vis-vis des personnes alcooliques qui étaient considérées comme malades et souffrantes.

La majorité des médecins citaient le caractère tabou du sujet chez certains patients comme un frein important à son abord. Ce travail a également montré que ce caractère tabou n'était pas propre aux malades mais également partagé par certains praticiens. Ils exprimaient également le sentiment que la population générale était parfois insuffisamment informée et sensibilisée aux risques liés à la consommation d'alcool. Ces deux points soulignent l'importance des campagnes de sensibilisation et de prévention menées à la fois à l'échelle nationale mais aussi de façon ciblée. Reste le problème de la publicité pour les boissons alcoolisées qui met parfois en opposition intérêt économique et santé publique.

Certains médecins faisaient part d'un manque de confiance en leurs capacités à détecter et prendre en charge les personnes dépendantes ou à risque. D'autres signalaient le problème des contraintes de temps et d'organisation. On note également que les seuils de consommations recommandés évoqués dans les entretiens correspondaient pour la plupart aux anciennes recommandations.

Sensibiliser et former les généralistes à l'utilisation de questionnaires types et du RPIB pourrait constituer une solution en fournissant aux médecins des outils pour mieux détecter et orienter les personnes à risque, le tout en optimisant le temps alloué. De plus le caractère simple et structuré des questionnaires types pourrait également permettre aux praticiens et aux patients de s'affranchir du tabou de la question de la consommation d'alcool. La mise en place de cotations spécifiques encouragerait-elle l'utilisation de ces outils ?

Bibliographie

1. Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. Santé publique France et l'Institut national du cancer [Internet]. 2017; 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
2. Aubin PH-J, Gillet C, Rigaud A. Mésusage de l'alcool dépistage, diagnostic et traitement. *Alcoologie Addictologie*. 2015;37(1):5–84.
3. OMS. CIM-10 FR 2018 à usage PMSI | Publication ATIH. 2018;178-81.
4. American Psychiatric Association. DSM-IV Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e édition. 1995.
5. American Psychiatric Association. DSM-5-Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier Masson; 2015.
6. Richard JB, Andler R, Cogordan C, Spilka S, Nguyen-Thanh V. le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. *Bull Epidémiol Hebd*. 19 févr 2019;(5-6):89-97.
7. Janssen E, Brissot A. Usages d'alcool, de tabac et de cannabis chez les adolescents du secondaire en 2018. *OFDT Tendances*. juin 2019;(132).
8. Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Phillippon A, Chyderiotis S. Drogues : perceptions des produits, des politiques publiques et des usagers. *OFDT Tendances*. avr 2019;(131).
9. Rehm J. The risks associated with alcohol use and alcoholism. *Alcohol Research & Health*. 2011;34(2):135.
10. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. 2018.
11. Naassila PM. Alcool : un impact sur la santé, même à faibles doses. *Bull Epidemiol Hebd*. 26 mars 2019;(10-11):176-7.
12. Wood AM, Kaptoge S, Butterworth AS, Willeit P, Warnakula S, Bolton T, et al. Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. *The Lancet*. 14 avr 2018;391(10129):1513-23.
13. Bonaldi C, Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. *Bull Epidémiol Hebd*. 19 févr 2019;(5-6):97–108.
14. Shield KD, Micallef CM, Hill C, Touvier M, Arwidson P, Bonaldi C, et al. New cancer cases in France in 2015 attributable to different levels of alcohol consumption. *Addiction*. 2018;113(2):247-56.
15. Santé Publique France. Bulletin de santé publique alcool dans les Hauts-de-France. Janvier 2020. [Internet]. 2020 [cité 11 juin 2020]. Disponible sur: /regions/hauts-de-

16. Paille F, Reynaud M. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. *Bull Epidemiol Hebd.* 7 juill 2015;(24-25):440-9.
17. Ben Lakhdar C. Chiffres clés de l'économie de l'alcool en France. *Actualité et dossier en santé publique.* mars 2015;(90):22.
18. Cochard A, Oparowski S. Les dépenses des ménages en boissons depuis 1960. La part des boissons alcoolisées diminue au profit des boissons non alcoolisées. *Insee Première* n1794. 28 févr 2020;
19. Kopp P. Le coût social des drogues en France. OFDT [Internet]. déc 2015; Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxpkvc.pdf>
20. Mouquet M-C, Villet H, Badeyan G, Trugeon A. Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné. *Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.* sept 2002;(192).
21. Laporte A, Chauvin P. Samenta : rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France [Internet]. *Observatoire du Samu social*; 2010 [cité 9 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.hal.inserm.fr/inserm-00471925>
22. Accidentalité routière 2019 – résultats définitifs. *Observatoire national Interministériel de la sécurité routière (ONISR).* 2019;7.
23. Rizk C. L'emprise de l'alcool ou de la drogue sur les auteurs d'actes de violences, de menaces ou d'injures décrits par les personnes s'étant déclarées victimes lors des enquêtes « Cadre de vie et sécurité » de 2009 à 2012. 2009;27.
24. Manière-Haesebaert J, Sahajian F, Lamothe P, Fabry J. Caractéristiques des personnes alcoolodépendantes incarcérées en maison d'arrêt. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique.* 1 juin 2008;56(3):189-95.
25. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. *The British Journal of General Practice.* 2002;52(479):526.
26. Célant N, Guillaume S, Rochereau TL. 'Enquête santé européenne—Enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014. *Rapport IRDES.* oct 2017;(566):153.
27. Blanquet M, Malaval J, Campagne C, Gerbaud L, Llorca PM, Noirfalise C. Mésusage d'alcool: un dépistage inexistant. *Etude observationnelle de l'activité de prévention de médecins généralistes. Alcoologie et addictologie.* 2011;33(3):215–225.
28. Sebo P, Maisonneuve H, Cerutti B, et al. Etat des lieux des pratiques préventives réalisées par les médecins de soins premiers. *Une enquête transversale en Suisse et en France. Exercer.* févr 2018;(140):72-3.
29. Maulbecker V. Docteur comment vous soignez-vous? Le médecin généraliste et sa santé, d'après une enquête réalisée dans le département du Bas-Rhin. *Th Méd Strasbourg.* 1999;

30. Roumane S. Comment les médecins généralistes bretons prennent-ils en charge leur santé. Th Med Rennes I. 2002;
31. Nouger MF. Les médecins généralistes et leur santé, ou «Docteur, comment prenez-vous en charge votre santé?» [PhD Thesis]. Université de Poitiers; 2004.
32. Taschini E, Urdapilleta I, Verhiac J-F, Tavani JL. Représentations sociales de l'alcoolisme féminin et masculin en fonction des pratiques de consommation d'alcool. Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale. 23 oct 2015;Numéro 107(3):435-61.
33. Pringuey D. Une phénoménologie de la dépendance à l'alcool. Une expérience primordiale de la « nostrité ». L'Évolution Psychiatrique. 1 oct 2005;70(4):771-9.
34. Suty R. Attitude des médecins généralistes envers leur propre santé: enquête menée auprès de 530 médecins libéraux du département de Meurthe-et-Moselle [PhD Thesis]. UHP-Université Henri Poincaré; 2006.
35. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. La Presse Médicale. 1 déc 2004;33(22):1569-74.
36. Campagne « Alcool : Nouveaux repères de consommation à moindre risque » [Internet]. 2019 [cité 5 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/actualites/campagne-alcool-reperes-de-consommation-moindre-risque>
37. Com-Ruelle L. Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque ? IRDES. 2008;6.
38. Lebel C, Mattson SN, Riley EP, Jones KL, Adnams CM, May PA, et al. A Longitudinal Study of the Long-Term Consequences of Drinking during Pregnancy: Heavy In Utero Alcohol Exposure Disrupts the Normal Processes of Brain Development. J Neurosci. 31 oct 2012;32(44):15243-51.
39. Pathak A, Mounier-Vehier C, Bousquet P. Hypertensions artérielles d'origine médicamenteuse ou toxique. SFHTA. 2015;10:S1166-4568.
40. Cranford JA, Nolen-Hoeksema S, Zucker RA. Alcohol involvement as a function of co-occurring alcohol use disorders and major depressive episode: Evidence from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Drug and Alcohol Dependence. 1 sept 2011;117(2):145-51.
41. Abuse NI on A, Alcoholism (US). Helping Patients who Drink Too Much: A Clinician's Guide: Updated 2005 Edition. US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health ...; 2007.
42. Raistrick D, Heather N, Godfrey C. Review of the Effectiveness of Treatment for Alcohol Problems. National Treatment Agency for Substance Misuse. 2006;212.
43. Kaner EF, Heather N, Mcavoy BR, Lock CA, Gilvarry E. Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: attitudes and practices of English general practitioners. Alcohol and Alcoholism. 1999;34(4):559-566.

44. Conigrave KM, Davies P, Haber P, Whitfield JB. Traditional markers of excessive alcohol use. *Addiction*. 2003;98(s2):31-43.
45. Agarwal D, Seitz HK. *Alcohol in health and disease*. CRC Press; 2001.
46. Roy GL. Les troubles de l'usage de l'alcool en médecine générale : obstacles au repérage et représentations des médecins généralistes de la Somme. 4 oct 2017;80.
47. Fast Alcohol Consumption Evaluation: A Screening Instrument Adapted for French General Practitioners - Dewost - 2006 - *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* - Wiley Online Library [Internet]. [cité 3 sept 2020]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1530-0277.2006.00226.x>
48. Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA, Project (ACQUIP) for the ACQI. The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): An Effective Brief Screening Test for Problem Drinking. *Arch Intern Med*. 14 sept 1998;158(16):1789-95.
49. Gache P, Michaud P, Landry U, Accietto C, Arfaoui S, Wenger O, et al. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a Screening Tool for Excessive Drinking in Primary Care: Reliability and Validity of a French Version. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2005;29(11):2001-7.
50. Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British Journal of Psychiatry*. juill 2000;177(1):4-7.
51. Schomerus G, Lucht M, Holzinger A, Matschinger H, Carta MG, Angermeyer MC. The Stigma of Alcohol Dependence Compared with Other Mental Disorders: A Review of Population Studies. *Alcohol Alcohol*. 1 mars 2011;46(2):105-12.
52. Quinn DM, Williams MK, Quintana F, Gaskins JL, Overstreet NM, Pishori A, et al. Examining Effects of Anticipated Stigma, Centrality, Salience, Internalization, and Outness on Psychological Distress for People with Concealable Stigmatized Identities. *PLOS ONE*. 9 mai 2014;9(5):e96977.
53. Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am J Public Health*. 1 sept 1999;89(9):1328-33.
54. Tovar M-L, Le Nézet O, Bastianic T. Perceptions et opinions des Français sur les drogues. *OFDT Tendances* [Internet]. oct 2013 [cité 24 juin 2020];(88). Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/perceptions-opinions-francais-sur-drogues-tendances-88-octobre-2013/>
55. Fortney J, Mukherjee S, Curran G, Fortney S, Han X, Booth BM. Factors associated with perceived stigma for alcohol use and treatment among at-risk drinkers. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. 1 oct 2004;31(4):418-29.
56. Mojtabai R, Crum RM. Perceived unmet need for alcohol and drug use treatments and future use of services: Results from a longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*. 1 janv 2013;127(1):59-64.

57. Glass JE, Andréasson S, Bradley KA, Finn SW, Williams EC, Bakshi A-S, et al. Rethinking alcohol interventions in health care: a thematic meeting of the International Network on Brief Interventions for Alcohol & Other Drugs (INEBRIA). *Addict Sci Clin Pract.* 10 mai 2017;12(1):14.
58. Groppi M, Geiger S, Lafortune J. Parler d'alcool avec son patient en médecine générale Simple ou gênant ? *Médecine.* 28 févr 2011;7(2):83-6.
59. MICHAUD P, FOUILLAND P, GREMY I, KLEIN P. Alcool, tabac, drogue : le public fait confiance aux médecins. Résultats d'un sondage téléphonique en population générale. *Revue du Praticien.* 2003;17(611):605-8.
60. Abdelnour X, Comes A. Place du médecin généraliste dans le repérage précoce des patients ayant un trouble lié à l'usage de l'alcool: point de vue des patients. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés [PhD Thesis]. Université Toulouse III-Paul Sabatier; 2017.
61. Deirdre M, Jean L. Standard drink measures throughout Europe; peoples' understanding of standard drinks and their use in drinking guidelines, alcohol surveys and labelling. *Reducing Alcohol Related Harm.* 22 mai 2015;20.
62. SPF. Baromètre cancer 2015 - Alcool et cancer. Comportements, opinions et perceptions des risques. Institut National du Cancer [Internet]. 2015 [cité 5 juill 2020]; Disponible sur: /import/barometre-cancer-2015-alcool-et-cancer.-comportements-opinions-et-perceptions-des-risques
63. Griswold MG, Fullman N, Hawley C, Arian N, Zimsen SRM, Tymeson HD, et al. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet.* 22 sept 2018;392(10152):1015-35.
64. Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Alcohol-attributable mortality in France. *Eur J Public Health.* 1 août 2013;23(4):588-93.
65. Code de la santé publique - Article L4130-1. Code de la santé publique.
66. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: INPES éd.; 2011.
67. Blanquet M, Peyrol F, Morel F, Morge A, Maradeix B, Gerbaud L, et al. Médecine générale. Prévalence du mésusage de l'alcool et attitudes des médecins libéraux. *Alcoologie et Addictologie.* 2015;37(2):105–113.
68. Nguon M. Le patient alcoolique: entre représentation médicale et prise en charge: enquête auprès des médecins généralistes de Picardie [PhD Thesis]. Faculté de Médecine UPJV Amiens; 2016.
69. Hoertel N, Crochard A, Rouillon F, Limosin F. L'alcool en France et ses conséquences médicales et sociales : regard de l'entourage et des médecins généralistes. *L'Encéphale.* 1 avr 2014;40:S11-31.
70. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization.* 2004;14.

71. Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 2006;
72. O'Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D, Schulte B, Schmidt C, Reimer J, et al. The Impact of Brief Alcohol Interventions in Primary Healthcare: A Systematic Review of Reviews. *Alcohol Alcohol*. 1 janv 2014;49(1):66-78.
73. Le RPIB : le mettre en pratique [Internet]. Alcool Info Service. [cité 4 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.alcool-info-service.fr/Alcool/Home-Professionnels/Alcool-Sante/depistage-evaluation/RPIB-pratique>
74. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2014 [cité 5 juin 2020]. 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
75. Poloméni P. Les réseaux addictions. *revue toxibase*. 2002;1.
76. Agence régionale de santé Hauts-de-France. ARRETE PORTANT AUTORISATION DE L'EXPERIMENTATION « EQUIP'ADDICT - DEVELOPPEMENT HARMONISE DU DISPOSITIF DES MICROSTRUCTURES MEDICALES ADDICTIONS - HAUTS DE FRANCE ». R32-2019-12-18-003 déc 18, 2019.
77. BAKELAND C. La place des réseaux dans la prise en charge des patients alcoolo-dépendant en médecine générale (enquête de pratique auprès du réseau d'alcoologie d'Ussel) [Médecine]. Limoges; 2012.
78. Benkiran L. Le médecin généraliste face aux principales addictions aux produits (tabac, alcool, cannabis, opiacés, cocaïne): freins au repérage et à la gestion dans la pratique courante: enquête qualitative réalisée auprès de 20 praticiens de la région PACA. 1 sept 2020;86.

Annexe 1 : Script d'entretien

1. Pouvez-vous vous présenter ainsi que votre activité médicale ?
 - Age
 - Nombres d'années d'exercices
 - Nombre de patients par jour
 - Milieu d'exercice : urbain, rural
2. Pour vous, c'est quoi un patient alcoolique ?
 - Relance : Quels sont les éléments qui caractérisent un patient alcoolique selon vous ?
3. Pouvez-vous m'expliquer votre rapport personnel à l'alcool ?
4. De quelle manière abordez-vous le sujet de la consommation d'alcool en consultation ?
 - Relance pour ceux qui ne l'abordent pas ou pas toujours : pour quelles raisons ?
5. Selon vous, quelles sont les caractéristiques propres au patient qui influencent positivement ou négativement votre façon d'aborder la question de l'alcool ?
 - Relance si réponse partielle : Et de manière positive/négative ?
6. De manière générale, quel est votre ressenti lors de l'abord de ce sujet en consultation ?
7. Comparativement à l'alcool, quel est votre ressenti vis-à-vis des autres addictions ?
 - Relance : Pour le Tabac ? Pour les drogues ?
8. Auriez-vous un point sur lequel vous souhaiteriez revenir ou des éléments à ajouter avant de conclure ?

Annexe 2: Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

	0	1	2	3	4	Score
1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	Jamais	Au moins 1 fois par mois	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	Au moins 4 fois par semaine	
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 8	10 ou plus	
3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
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 avez commencé ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
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	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
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	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
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	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	
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		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	

Interprétation :

- Score > ou = 5 : consommation à risque
- Score > ou = 8 : usage nocif (7 chez la femme)
- Score > ou = 12 : alcoolodépendance probable (11 chez la femme)

Annexe 3 : AUDIT-C (version brève du test AUDIT)

1. A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?
 - Jamais (0)
 - 1 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 standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?
 - 1 ou 2 (0)
 - 3 ou 4 (1)
 - 5 ou 6 (2)
 - 7 à 9 (3)
 - 10 ou plus (4)
 3. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?
 - 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)
- Un score ≥ 3 chez la femme et ≥ 4 chez l'homme doit faire évoquer un mésusage.
Un score ≥ 10 dans les deux sexes doit faire évoquer une dépendance

Annexe 4: Fast Alcohol Consumption Evaluation (FACE)

Au cours de l'année écoulée :

- 1 - À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?
 - Jamais (0)
 - Un fois par mois au moins (1)
 - Deux à quatre fois par mois (2)
 - Deux à trois fois par semaine (3)
 - Quatre fois ou plus par semaine (4)
- 2 - Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?
 - Un ou deux (0)
 - Trois ou quatre (1)
 - Cinq ou six (2)
 - Sept à neuf (3)
 - Dix ou plus (4)

Au cours de votre vie :

- 3 - Votre entourage vous a-t-il fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?
 - Oui (4)
 - Non (0)
- 4 - Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?
 - Oui (4)
 - Non (0)
- 5 - Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?
 - Oui (4)
 - Non (0)

Interprétation :

- < 5 (< 4 pour les femmes) Risque faible ou nul
- $5 \text{ à } 8$ ($4 \text{ à } 8$ pour les femmes) Consommation à risque
- ≥ 9 Dépendance probable

Glossaire

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test

AUDIT-C : Version simplifiée du Alcohol Use Disorders Identification Test

APAM : Auteurs Présumés d'Accidents Mortels

API : Alcoolisation Ponctuelle Importante, épisode de consommation d'au moins six verres en une occasion (indicateur présent depuis 2005) : Au moins une fois par an / Au moins une fois par mois

CDA : Consommation Déclarée d'Alcool

CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DALY : L'année de vie ajustée sur l'incapacité (DALY) étend le concept des années de vie potentielles perdues en raison d'un décès prématuré pour y inclure l'équivalent en années de vie en bonne santé perdues du fait de problèmes de santé ou d'incapacités.

DSM-IV : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux (DSM pour "Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders") est publié par l'American Psychiatric Association (traduction française par Elsevier-Masson). Le DSM-IV a été publié en 1994 et révisé (DSM-IV-TR), de façon mineure, en 2000

DSM-5 : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux (DSM pour "Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders") est publié par l'American Psychiatric Association (traduction française par Elsevier-Masson). A été publié en mai 2013.

EROPP : Enquête sur les Représentations, Opinions et Perceptions sur les Psychotropes.

FACE : Fast Alcohol Consumption Evaluation

MSA : Microstructures Médicales d'Addictions

OFDT : Observatoire français des drogues et toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDRP : Observatoire National de la Délinquance et de la Réponse Pénale

RPIB : Repérages Précoces et Interventions Brèves

SFA : Société Française d'Alcoologie

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

VGM : Volume Globulaire Moyen

WONCA : World Organization of National Colleges

Résumé

Ressenti du médecin généraliste lors de l'abord du sujet de l'alcoolisme en consultation :

Contexte : La consommation d'alcool est largement répandue en France avec des conséquences médicales, sociales et économiques mesurables mais son dépistage en médecine générale reste insuffisant.

Objectif : Evaluer le ressenti du médecin généraliste lors de l'abord du sujet de l'alcoolisme afin d'identifier les facteurs favorisant ou freinant son dépistage.

Méthode : Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative par entretiens semi-directifs auprès de médecins installés dans la région Picarde.

Résultats : Les médecins définissaient la personne alcoolique selon des critères correspondant aux diverses classifications médicales. Certains exprimaient des difficultés devant l'absence de définition unique. La prévention primaire était parfois délaissée au profit de la prévention secondaire, certains n'abordant le sujet qu'en cas de signe de complication. Le caractère tabou du sujet et le niveau d'information insuffisant de la population générale vis-à-vis des recommandations constituaient des freins majeurs à l'abord du sujet. En réponse ils s'appuyaient sur la relation de confiance ainsi que sur une approche d'empathie et de conseil. Certains exprimaient un manque de temps et de compétence pour traiter le sujet avec les patients.

Conclusion : Cette étude a mis en évidence le frein que constituent les méconnaissances et le tabou liés à l'alcool et la nécessité de poursuivre les campagnes d'information sur le sujet. Sensibiliser les médecins généralistes à l'utilisation de questionnaire type et au Repérage Précoce et Intervention Brève pourrait constituer une solution en leur donnant des outils pour détecter les personnes à risque et organiser le temps de consultation.

Mot Clefs : Médecine générale, Consommation d'alcool, Dépistage, Troubles liés à l'abus d'alcool, Alcoolisme, Dépendance alcoolique

General's practitioners feeling when discussing the subject of alcoholism in consultation:

Background: Alcohol consumption is widespread in France with measurable medical, social and economic consequences, but its screening in general medicine remains insufficient.

Objective: Evaluate the general practitioner's feelings when approaching the subject of alcoholism in to identify the factors favoring or hindering its screening.

Methods: We chose to carry out a qualitative study by semi-structured interviews with general practitioners located in the Picardy region.

Results: General practitioners defined the alcoholic according to criteria corresponding to various medical classifications. Some expressed difficulty with the lack of a single definition. Primary prevention was sometimes neglected in favor of secondary prevention, with some only addressing the subject if there was a sign of complication. The taboo nature of the subject and the insufficient level of information of the general population regarding the recommendations constituted major obstacles to tackling the subject. In response, they relied on doctor patient relationship as well as an approach of empathy and counseling. Some expressed a lack of time and skill to deal with the subject with patients.

Conclusion: This study has highlighted the obstacle represented by misinformation and stigma related to alcohol and the need to continue awareness campaigns on the subject. Raising general practitioners' awareness of the use of standard questionnaires and Alcohol Screening and Brief Intervention could be a solution by giving them tools to detect people at risk and optimizing consultation time.

Keywords: General practice, Alcohol consumption, Screening, Alcohol related disorders, Alcoholism, Alcohol dependence