



**HAL**  
open science

**Proposition d'un outil en vue d'améliorer le repérage et la prise en charge des patients ayant un trouble de l'usage d'alcool en médecine générale : sur la base d'une étude des pratiques et des connaissances des médecins généralistes**

Éva Bouchez

► **To cite this version:**

Éva Bouchez. Proposition d'un outil en vue d'améliorer le repérage et la prise en charge des patients ayant un trouble de l'usage d'alcool en médecine générale : sur la base d'une étude des pratiques et des connaissances des médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03407885

**HAL Id: dumas-03407885**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03407885>**

Submitted on 28 Oct 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.

UNIVERSITE CÔTE D'AZUR

ANNEE 2021



**THESE D'EXERCICE DE MEDECINE**

Pour l'obtention du diplôme d'État de Docteur en Médecine

**PROPOSITION D'UN OUTIL EN VUE D'AMELIORER LE REPERAGE  
ET LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS AYANT UN TROUBLE DE  
L'USAGE D'ALCOOL EN MEDECINE GENERALE,  
SUR LA BASE D'UNE ETUDE DES PRATIQUES ET DES  
CONNAISSANCES DES MEDECINS GENERALISTES**

Présentée et soutenue le 26 octobre 2021,

A la faculté de Médecine de Nice

Par **Eva BOUCHEZ**

Née le 7 novembre 1989, à ANTONY (92)

**MEMBRES DU JURY**

Président :

Monsieur le Professeur Michel BENOIT

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Fabrice GASPERINI

Madame le Docteur Coralie BEL

Madame le Docteur Virginie MESA

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Faredj CHERIKH

**Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice**

**Doyen**

**Pr. BAQUÉ Patrick**

**Vice-doyens**

**Pédagogie**

**Pr. ALUNNI Véronique**

**Recherche**

**Pr. DELLAMONICA Jean**

**Etudiants**

**M. JOUAN Robin**

**Chargé de mission projet Campus**

**Pr. PAQUIS Philippe**

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. RAMPAL Patrick

M. BENCHIMOL Daniel

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
Mme	ESTRAN-POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	FAVRE Guillaume	Physiologie (44.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	ORBAN Jean-Christophe	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (48.01)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	VANBIERVLIET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence ( 48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSÉ Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie ( 45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	LOTTE Romain	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière (45.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale ( 52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie ( 49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	TRAN Antoine	Pédiatrie (54.01)

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme GROS Auriane Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

M. SICARD Antoine Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)

Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)

M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)

M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. ALBERTINI Marc	M. GIBELIN Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HOFFLIGER Philippe
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DARCOURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SANTINI Joseph
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. THYSS Antoine
M. FENICHEL Patrick	M. TOUBOL Jacques
M. FUZIBET Jean-Gabriel	M. TRAN Dinh Khiem
M. FRANCO Alain	M. VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. FREYCHET Pierre	
M. GASTAUD Pierre	

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
M. BENOLIEL José	Mme MEMRAN Nadine
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	M. MENGUAL Raymond
Mme DONZEAU Michèle	M. PHILIP Patrick
M. EMILIOZZI Roméo	M. POIRÉE Jean-Claude
M. FRANKEN Philippe	Mme ROURE Marie-Claire
M. GASTAUD Marcel	

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	LEBOEUF Mathieu	gynécologie- obstétrique
Mme	NADEAU Geneviève	uro-gynécologie
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

# Remerciements

A mon président de jury, le Professeur Michel BENOIT

Merci d'avoir accepté de présider le jury de cette thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance et l'assurance de mon profond respect.

Au Docteur Fabrice GASPERINI

Merci d'avoir été présent dans tout mon cursus d'interne de médecine générale. C'est une réelle joie et un sincère honneur d'avoir pu vous compter parmi mes membres pour ce grand jour.

Au Docteur Coralie BEL

Merci d'avoir partagé tes connaissances et ton expérience en addictologie avec moi. Je te suis très reconnaissante d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.

Au Docteur Virginie MESA

Merci de m'avoir fait découvrir l'addictologie, de m'avoir soutenue lors de mes interrogations et de mes doutes et d'avoir toujours été là pour moi. J'espère encore longtemps pouvoir exercer à tes côtés, ici ou ailleurs.

Au Docteur Faredj CHERIKH

Merci d'avoir accepté de diriger et de m'accompagner pour ce sujet de thèse qui me tenait à cœur. Ce fut un plaisir de travailler et d'échanger avec vous. Je vous adresse ma sincère gratitude.

A toute ma famille pour m'avoir soutenue pendant ces longues années. A ma **Maman** pour m'avoir supportée pendant toutes mes études jusqu'à l'externat. A ma **Sœur** parce que loin des yeux ne veut pas dire loin du cœur. A **Nicole et Jean-Marc** pour vous être, plus que bien occupés de moi quand j'en ai eu besoin. A **Luc et Marie** pour votre avis précieux dans les moments importants de la vie. A mes cousins et surtout à la team cousine (**Pam et Kat**) pour tous nos très bons moments passés ensemble et tous les prochains à venir...

A ma super **Mamie**, tellement heureuse et fière d'avoir une mamie comme toi, je t'aime si fort. A **Papi et Tatie Yvonne** qui resteront toujours dans mon cœur.

A la famille B, **Christine** pour m'avoir soignée une veille de Noël, pour le super calendrier de l'avent, pour le trajet jusqu'à Valderoure, et pour répondre présente à chaque instant... **Alexane** pour ta gentillesse, nos aprem plages et les bons moments passés en ta compagnie. A **Alain**, même si vous ne serez pas présent aujourd'hui, j'espère bien qu'on ira fêter ça avec un plateau de fromage !!!

A la team Vésigondine, **So et Enguy** (notre Rockeuse de choc, n'oubliez pas que c'est un peu grâce à moi cette rencontre et donc la petite Romy :p oui laissez-moi y croire), **Elisounette et Nico** (notre artiste adorée et notre ancien barman préféré, the perfect couple, n'oubliez pas de me garder la place de témoin !!!), **Manu et Nico** (la 1<sup>ère</sup> à nous avoir quitté pour le Sud Marseillais, tous nos moments me manquent tant... mais je ne perds pas espoir que vous changiez pour le sud Niçois bientôt hihi), **Marie-Cécile** (notre sublime styliste) et **Tiff** (ma 1<sup>ère</sup> amie, déjà 24ans...), pour toutes nos années d'ado insouciantes, la poursuite avec la période VD, finalement on n'en est pas si loin de nos rêves d'avant... Bon ok, McNamara et Troy c'est pas encore ça, mais sait-on jamais, à voir ce que l'avenir nous réserve...

Aux Girls Only, **Caca** (pour mes plus belles années fac, vive le BDS et la VP poubelle), **Amel, Aurel, Marion, Capu et Virge**, pour ces supers moments passés ensemble. En espérant que, l'internat et la thèse bouclés, j'arrive à plus vous suivre dans les prochaines aventures.

A la team 1er semestre en Corse (finalement peut-être le meilleur des semestres sans compter l'interchu...) dont ma petite **Momotte**, ma 1<sup>ère</sup> rencontre de l'internat. Merci à toi d'avoir toujours répondu présente dans les bons comme les mauvais moments. Le WEI et ce 1<sup>er</sup> semestre resteront pour toujours inoubliables grâce à toi.

A **Julie V.** le 3<sup>ème</sup> mousquetaire de la coloc, une belle découverte, à **Théo** (monsieur Ayo) pour ces fous rires et cette fois où nous avons failli y rester sur un pont (ne jamais m'écouter quand je dis que ça passe...), à **Rosine et Damien** qui nous ont apporté ce petit grain de folie supplémentaire, à **Georgette et Fred** parce qu'il faut toujours des mecs un peu perchés pour faire un groupe au top (point de vue escalade uniquement bien sûr), à **Cassie** notre interne erasmus préférée, à **TD** pour cette danse mémorable, et à **Alice** notre experte chir.

A **Morgan**, ce grand fou qu'on adore et grâce à qui j'ai pu faire de belles, très belles rencontres... A **Julie L** et **Emma** mes deux Niçoises adorées, des supers moments passés ensemble, vivement les prochains (ici ou ailleurs hihhi)

A **Elise**, une très belle découverte de l'internat, pour ta gentillesse, ta présence au quotidien, même dans les randos « faciles » en sortie de garde, tes brunch, et votre duo avec Micha qui nous fait beaucoup rire, bref je t'adore ma belle... A **Margaux**, agent immobilier à tes heures perdues, je te rappelle qu'on va devoir se faire Tahiti une prochaine fois ensemble tout de même, à **Mona** pour nos soirées bien sympas passées ensemble, à **Margot** pour nos prochaines sorties avec les rois de l'orga à absolument faire, à **Marion B**, crois-tu qu'un jour on arrivera à aller l'une chez l'autre voisine ;) ?!

A mes Sœuuurs Vahinés Ouech: **Claire**, miss Perle de Tahiti au déhanché diabolique aussi belle sans que avec make-up, **Florette**, qui a décidé de carrément y rester coquinette, nos aprem à 3 shopping, playa et pina colada me manquent tous les jours ; **Lulu** notre Véronique et Davina en une, qui rafle tous les monos de plongée, et **Elizazoune** qui a mis des paillettes dans nos vies et certaines chansons un peu trop gravées dans ma tête :p une sacré coloc grâce à vous les filles ; **Mathou** l'aventurière que j'espère retrouver bientôt, **Marilou** la reine de la poivrière (jamais nous n'arriverons à te battre) et à nos projets pour 2022 !!!! ; à **Etienne** le seul qui réussira toujours à nous surprendre même à 2h du mat au milieu de nul-part ; à **Alexis**, mon sauveur de la montagne percée, mais qui restera tjs un homme pressé mythique, à **Nono** pour nos réunions chocolat plus que pilate et **Martin** pharmacien déjanté ; à **Jordan** pour m'avoir fait nager le premier avec les tortues et les raies léopards ; à **Nicoco** qui nous doit tjs un weekend en Corse digne de Mataïva. Vous ne pouvez pas imaginer à quel point vous m'avez fait kiffer !!!

A tous les autres internes de Tahiti qui ont fait de ce semestre une pure folie.

Et à **Mylène et Lysiane**, mes deux infirmières préférées, de véritable coup de cœur, j'ai appris tellement avec vous et je n'oublierai jamais ce stage grâce à vous deux, promis la prochaine fois c'est moi qui vous amène à manger.

A **Johanna**, l'hypnose restera toujours un grand mystère pour moi mais au moins ça m'aura permis de te connaître, tu es une fille super, n'en doute jamais. Ps : n'oublie pas nos projets ;)

A **Coralie** que l'addicto m'aura permis de redécouvrir, un immense merci de me faire l'honneur de faire partie de mon jury de thèse, vivement les prochains verres (non alcoolisés, of course...)

A **Stéphane et Violene**, deux personnes adorables qui se sont bien trouvées, merci pour la remotivation dans ma recherche de l'appartement de mes rêves, c'est vraiment grâce à vous !!

A **Jen**, un jour nous le trouverons LE bon plan money... (encore félicitations à toi et **David**).

A **Vivi**, la fille la plus adorable que je connaisse, merci de m'avoir motivée pour Tahiti, de m'avoir fait découvrir l'addicto, mais surtout pour tous nos supers moments passés ensemble, et ta présence à chaque instant, tu es une fille en or, hâte de voir ce que la suite nous réserve !!!

A **Kévin**, vivement que tu nous fasses découvrir ton tour des îles !!

A la team Csapa, **Marion, Amélie, Véro et Ingrid**, de véritables coups de cœur, c'est tellement un plaisir de travailler avec vous, tellement dommage que l'expérience ait été si courte, vous êtes toutes incroyables <3 !! Et au reste de l'équipe du vendredi bien sûr...

A tous ceux que je n'ai pas cité mais qui sont dans ma petite vie.

Et enfin à **Colgate Smile** alias le dresseur de Dragonnet, celui qui ne m'a pas vue la première fois (oui tu l'entendras toute ta vie celle-là), qui est toujours là dans les bons comme les mauvais moments, qui me comprend même quand les autres n'y arrivent pas, qui me laisse m'accomplir d'abord seule car il sait que c'est important pour moi. Celui avec qui j'espère vivre de belles aventures pendant encore de très très longues années (n'oublie pas le caillou !!) ... Après tout, il n'y a qu'avec toi que je pourrais tout plaquer pour aller vendre des noix de coco sur une plage.

Et en voiture Simone (côté passager c'est toujours mieux), pour la suite des aventures...

# Liste des abréviations

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CRAT : Centre de Référence sur les Agents Tératogènes

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension Artérielle

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-rhino-laryngologie

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SFA : Société Française d'Alcoologie

TCC : Thérapies Cognitivo-Comportementales

TUA : Trouble de l'usage d'alcool

UA : Unité d'Alcool

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

## Table des matières

I.	Introduction .....	15
II.	Matériel et Méthode .....	21
	A. Objectifs de l'étude .....	21
	B. Type d'étude.....	22
	C. Population de l'étude.....	22
	D. Déroulement de l'étude .....	22
	E. Aspects réglementaires.....	22
	F. Élaboration du questionnaire.....	23
	G. Analyse des données .....	23
III.	Les résultats.....	23
	A. Profil des participants.....	23
	B. Les connaissances sur les définitions et recommandations.....	24
	C. Le repérage en consultation des TUA.....	25
	D. Évaluation de la prise en charge des TUA en cabinet.....	26
	E. Les freins au repérage et à la prise en charge des troubles de l'usage d'alcool au cabinet de ville.....	29
IV.	La discussion .....	30
	A. Exposition du résultat principal de l'étude.....	30
	B. Confrontation des résultats aux données connues de la littérature (validité externe) ..	32
	C. Discussion des données non significatives et/ou divergentes .....	35
	D. Exposition des biais et limites de l'étude (validité interne) .....	35
	E. Indication des points forts des résultats.....	36
	F. Conclusions avec perspectives du travail.....	36
V.	Bibliographie.....	37
VI.	Annexe .....	40

## I. Introduction

La consommation d'alcool en France représente un réel problème de santé publique.

En effet, elle est responsable d'une augmentation du risque de morbi-mortalité pour de nombreuses maladies chroniques ou aiguës, de problèmes sociaux importants et également d'un coût social non négligeable pour la société. Et pourtant, les chiffres de la consommation Française restent stables depuis maintenant huit ans environ.

Les **décès** liés à l'alcool représentent la deuxième cause de mortalité évitable en France(1) après le tabac, avec 41000 décès attribuables à l'alcool en 2015 (30000 chez les hommes et 11000 chez les femmes), soit respectivement 11% et 4% de la mortalité des adultes de plus de 15ans(2) . En région PACA, le taux standardisé de mortalité par les principales pathologies directement liées à l'alcool était de 11,7 chez les femmes et de 39,7 chez les hommes pour 100000 personnes-années sur la période 2013 - 2015, comparable ou légèrement inférieure au taux national.(3)

Chez les hommes, les cancers représentaient en 2015, la première cause de décès attribuable à l'alcool, mais chez les femmes, celle-ci était due aux maladies cardio-vasculaires(2).

De façon plus détaillée, l'alcool en 2015 était responsable (homme et femme confondus) de(2) : 16000 décès par cancer, 9900 décès par maladies cardio-vasculaires, 6800 décès par maladies digestives, 5400 causes de décès « externes » : accident ou suicide, 3000 pour les autres maladies.

Les risques de décès sont fortement liés à la quantité totale consommée, en effet, moins de 1% des décès sont attribuables à une consommation modérée (entre 7-8g d'alcool pur/jour), contre 90% du total des décès étant liés à des consommations supérieures à 53g/j d'alcool pur. (2)

La consommation d'alcool est aussi responsable de **différents dommages** (souvent corrélés à la quantité consommée) (4) :

- Dommages pour le consommateur lui-même, qu'ils soient médicaux, sociaux ou judiciaires : perte d'emploi, accidents de travail, difficultés financières, isolement social, absentéisme.
- Dommages vécus par l'entourage : stress, tensions, conflits, violence, maltraitance
- Dommages pour la société : coût sanitaire et social, accident, délinquance et actes de criminalité.

Ces troubles peuvent être immédiats ou différés, à moyen et long terme en fonction des situations propres à chacun et du contexte.

Il est important de rappeler que parmi les dommages sociaux(5) :

- L'alcool est présent dans 30% des condamnations pour violences, 40% des violences familiales, 30% des viols et agressions en 2010(6).
- Un Français sur cinq se dit très affecté par les dommages subis liés à l'alcoolisation de tiers.
- Une alcoolémie supérieure au seuil de 0,5g/l est présente dans 29% des accidents mortels de la route soit 819 décès en 2016 (conducteurs alcoolisés et victimes).

A long terme, la consommation d'alcool est une **cause de morbidité et de mortalité** pour de nombreuses maladies chroniques. Le risque augmente en général en fonction de la quantité d'alcool consommée, avec parfois un effet seuil.

La consommation d'alcool augmente le risque de développer(5) :

- Des cancers : hépatique, de la sphère ORL, de l'œsophage, du côlon-rectum, du sein
- Des maladies digestives : stéatose, hépatites alcooliques, cirrhose, pancréatite, gastrite.
- Des maladies cardiovasculaires : HTA, AVC ischémique et hémorragique, arythmie, cardiopathies ischémiques, varices œsophagiennes.
- Des pathologies neurologiques : neuropathies périphériques, encéphalopathies, troubles cognitifs, épilepsie (à la consommation ou au sevrage), névrite optique rétrobulbaire
- Des troubles neuropsychiatriques
- Potentialise certaines maladies : une co-infection VHB ou VHC accroît le risque de cirrhose.

La consommation d'alcool, entraîne également des **risques non négligeables à court terme**.

Ils sont surtout retrouvés lors d'une consommation importante d'alcool (exemple du « binge drinking » chez les jeunes → consommation d'une grande quantité d'alcool en un minimum de temps), qui peuvent-être(5) :

- Coma éthylique pouvant engager le pronostic vital
- AVC

- Des accidents (de la vie courante, de travail ou de la route) et des actes de violences (physiques, sexuelles), provoqués ou subis, pouvant entraîner des traumatismes psychiques et/ou physiques voire le décès du consommateur ou d'un tiers.
- Aggravation de troubles neuropsychiatriques avec accentuation de syndrome dépressif et possibilité de passage à l'acte.
- Une mauvaise évaluation des situations à risques et la perte de contrôle (risque augmenté de transmission de maladies infectieuses par exemple).

Contrairement aux idées reçues, le **coût social** de l'alcool en 2015(7), représentait 120 milliards d'euros de perte pour l'état Français, équivalent à celui du tabac du même montant.

Malgré les risques, on constate que depuis 2013, les **chiffres de consommation** restent globalement stables en France métropolitaine, avec en 2017 (8) :

- 86,5% des personnes âgées de 18 à 75 ans déclaraient avoir bu de l'alcool au moins une fois au cours des douze derniers mois et 40% au moins une fois par semaine.
- **23,6% des personnes de 18-75 ans dépassaient les repères de consommation sur au moins une des dimension** (plus de deux verres au moins une fois dans la semaine dans une consommation régulière, plus de quatre verres pour une occasion, ou absence de deux jours d'abstinence dans la semaine au moins)
- 11,7 litres d'alcool pur consommés par an et par personne de 15 ans et plus
- 26% des 65-75 ans déclarent une consommation quotidienne d'alcool
- 35% des adultes ont eu au moins une alcoolisation ponctuelle importante au cours de l'année écoulée
- 13,4% des 18-24 ans déclarent au moins dix ivresses par an
- 10% des 18-75 ans consomment à eux seuls 58% de l'alcool consommé

Selon les régions, entre 7,1% et 12,6% des adultes consomment quotidiennement de l'alcool, avec une moyenne nationale estimée à 10,0%, soit un Français sur dix. En PACA, en 2017, 11,4% des adultes consommaient quotidiennement, soit légèrement plus que la moyenne nationale, avec une estimation de 6,6% des femmes et 16,4% des hommes (3).

Il est également important de citer les résultats du Baromètre de la santé 2017 qui déclarent que (9), une femme enceinte sur dix aurait eu une consommation ne serait-ce qu'occasionnelle

pendant sa grossesse. Cette consommation serait plus fréquente chez les femmes plus âgées et les plus diplômées. De plus, il précise que **quatre femmes enceintes ou jeunes mères sur dix ont déclaré ne pas avoir été informées par leur médecin ou sage-femme, ayant suivi la grossesse, des risques de la consommation d'alcool pendant leur suivi.**

Selon l'Enquête Nationale Périnatale datant de 2010 (10), sur un échantillon de 13000 femmes en France Métropolitaine, 23% des femmes déclaraient avoir eu une consommation pendant leur grossesse, 17,2% rapportaient avoir une consommation avec une fréquence inférieure ou égale à une fois par mois, durant la grossesse, et que 2% déclaraient avoir consommé trois verres ou plus lors d'une même occasion.

Des chiffres donc en amélioration entre l'enquête de 2010 et le baromètre de 2017, mais malheureusement toujours significatifs au vu des risques sur la grossesse.

Ainsi, en France, entre 2006 et 2013, 3 207 nouveau-nés (soit une naissance par jour) ont présenté au moins une conséquence liée à l'alcoolisation fœtale, dont pour 452 d'entre eux (soit une naissance par semaine), ayant présenté un syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF). (11)

Devant de telles conséquences, les recommandations de l'OMS concernant les consommations à faibles risques, ont été revues à la baisse en France depuis 2017, à la suite des recommandations des groupes d'experts français en lien avec l'Institut National du Cancer (12). En effet, les augmentations de risque de cancers étaient trop souvent négligées dans les anciens rapports. Les recommandations actuelles sont pour les hommes et les femmes :

- Deux UA/jour maximum chez les consommateurs quotidiens
- Au moins deux jours d'abstinence dans la semaine
- Pas plus de quatre UA par évènement
- Pour les plus de 65ans, il est recommandé de ne pas consommer plus d'une UA/jour
- Pour les personnes atteintes de maladies chroniques, les femmes enceintes, il est recommandé une abstinence complète.

Bien que la consommation d'alcool en France ait beaucoup diminué depuis les années 1930, surtout en raison de la baisse de consommation quotidienne de vin, elle se retrouve stable depuis 2013 (estimée à 26g d'alcool pur par jour en 2013, versus 57g en 1957 chez les adultes de plus de 15ans).

La France reste parmi les pays les plus consommateurs d'alcool en 2017 au monde, chez les adultes de plus de 15ans. Actuellement située au 6<sup>ème</sup> rang mondial, parmi les 34 pays de l'OCDE.(13)

En effet, de tout temps, l'alcool et surtout le vin sont des représentants importants de la tradition et de la gastronomie française. L'alcool est présent, **culturellement** parlant, à toutes les occasions et évènements sociaux, les mariages, les naissances, les fêtes du calendrier. De plus, il a une connotation de convivialité en famille ou entre amis, rattaché également à la fête. Quand des études ont demandé aux consommateurs les raisons de leur consommation, le plus souvent ressortait les « vertus » suivantes de l'alcool : « socialisatrices », « relaxantes », « euphorisantes », « désinhibantes », « le plaisir du goût »(14).

En 2015, les ménages français ont consacré 1,3% de leur budget aux boissons alcoolisées (soit 20,7 milliards d'euros)(15).

La consommation d'alcool souffre également de nombreuses **idées reçues**.

Pendant de nombreuses années, les messages de santé publique étaient « l'abus d'alcool est dangereux pour votre santé », avec même quelques études ayant explicité que boire un verre de vin pouvait être bénéfique pour la santé.

Or de nombreuses études parmi lesquelles une étude publiée par le Lancet en 2018 (regroupant des données de 195 pays, avec des données allant de 1990 à 2016), concluent que l'alcool est un facteur à haut risque de morbi-mortalité à travers le monde, avec des risques très augmentés, associés à des consommations élevées d'alcool. Cette étude démontre que pour minimiser au maximum les risques, il faudrait une abstinence complète, montrant ainsi que toute consommation augmente le risque pour la santé (16).

Devant de tels résultats les avis d'experts français, souhaitent une reformulation du message de santé publique à savoir que « l'avertissement sanitaire actuel (« L'abus d'alcool est dangereux pour la santé ») soit remplacé par un message signifiant que toute consommation d'alcool est à risque pour la santé ».(12)

Afin d'améliorer l'information de la population, les pouvoirs publics, suite au Plan National de Mobilisation contre les Addictions réalisé en 2018 (1) ont lancé des grandes campagnes de prévention simples et avec possibilité d'évaluer sa consommation directement sur le site « alcool-info-service.fr »(8) **Figure 1:**

Figure 1 : Campagne de prévention sur les recommandations de consommation en France



Le défaut d'information n'est pas le seul problème relevé.

En effet, une étude mondiale de l'OMS réalisée en 2004 (17) a montré un défaut de prise en charge de 78,1% des patients ayant une dépendance liée à l'alcool, contre 56,3% pour la dépression (basé sur des données épidémiologiques).

La consommation d'alcool étant rarement le motif de consultation principal, il existe un réel manque de repérage précoce de ces troubles. Une étude de 2011 (18) sur 2083 praticiens interrogés, montrait que seuls 23 % des praticiens déclaraient aborder la question de la consommation d'alcool au moins une fois avec chaque patient.

Or, il a été prouvé le rôle crucial du repérage précoce par les médecins généralistes et les bienfaits de la réalisation d'interventions brèves chez les consommateurs à risque ou ayant un usage nocif mais non dépendants (définitions du DSM-IV), pour qui, il est en effet plus facile de réduire ou d'arrêter leur consommation grâce à une aide et des efforts appropriés, que pour les personnes déjà dépendantes. (19)

Selon le Rapport de la Commission Européenne de 2006, il semblerait que la réalisation systématique d'interventions brèves, pour les patients ayant une consommation à risque ou nocive, pourrait permettre d'éviter 9% de la morbidité et de la mortalité prématurée induites par l'alcool dans l'Union Européenne. (20)

La HAS en 2014 a entamé des actions dans le but de favoriser et d'aider les professionnels de santé dans ce repérage précoce, avec la création d'un outil d'aide au RPIB (21).

Devant ce réel enjeu de santé publique, les différents plans gouvernementaux, dont le dernier en date 2018-2022(1) et ses précédents (2013-2015 et 2016-2017), mettaient déjà le point sur l'importance d'améliorer la communication envers la population, mais aussi, la nécessité d'améliorer formation des médecins ET des étudiants en médecine avec l'ouverture d'un plus grand nombre de postes d'internes en addictologie et la réalisation de séminaires à la faculté pour sensibiliser les futurs praticiens de villes à ces prises en charge.

Une étude publiée en 2006 révélait que 93 % des 2 301 médecins généralistes ayant répondu à un auto-questionnaire souhaitaient améliorer leur formation en alcoologie (22) ; et le rapport du Primary Health Care European Project on Alcohol de 2008 (PHEPA)(19), décrivaient plusieurs raisons à la réticence des médecins à réaliser une **intervention brève** dont l'une des principales cause était le manque de formation appropriée.

Mais qu'en est-il aujourd'hui ?

Face à ces données, nous avons voulu interroger les médecins généralistes et des internes de médecine générale en fin de cursus (stage de SASPAS réalisé) concernant leurs pratiques vis-à-vis des patients ayant un TUA, afin d'évaluer leurs connaissances et leurs applications dans le domaine, et ainsi savoir si la création d'une formation pour les aider dans ce domaine était en 2021 toujours pertinente.

## II. Matériel et Méthode.

### A. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude est d'analyser les connaissances et les pratiques des médecins généralistes vis-à-vis du dépistage et la prise en charge des patients ayant un TUA.

Les objectifs secondaires sont d'identifier le ressenti des médecins généralistes dans ce type de prise en charge, les éventuels freins et leurs besoins concernant la création d'une formation dans ce domaine.

## B. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive prospective conduite, auprès de médecins généralistes exerçant dans les Alpes-Maritimes, par le biais d'un questionnaire.

## C. Population de l'étude

Le critère d'inclusion était d'être médecin généraliste thésé ou non. Était également inclus les internes ayant réalisé à minima leur stage de SASPAS en ville. Le but était d'avoir des participants ayant une expérience autonome de la pratique de la médecine de ville.

Les critères d'exclusion étaient, tout médecin hors spécialité de médecine générale, ainsi que les médecins addictologues exclusifs, ayant abandonné toute autre pratique de la médecine générale.

## D. Déroulement de l'étude

Le recueil des données a été réalisé par le biais d'un questionnaire mis en ligne du 1<sup>er</sup> juillet 2021 au 31 août 2021. Il était composé de questions à choix multiples, de questions avec réponse sur échelle linéaire ou des questions ouvertes à réponses courtes. La durée estimée de réponse au questionnaire était d'environ 15 minutes.

Le recrutement a été fait sur la base du volontariat via la diffusion d'un questionnaire réalisé sur Google Form, diffusé sur les groupes Facebook de l'internat, de médecins généralistes et de remplaçants en médecine générale dans les Alpes-Maritimes.

## E. Aspects réglementaires

Le consentement des participants a été obtenu de façon implicite par tout médecin ayant accepté d'y répondre. En effet, le questionnaire a été présenté comme une enquête dans le cadre d'une recherche de thèse lors de la diffusion, avec des réponses rendues anonymes par la plateforme. Cette étude a obtenu un accord de conformité au référentiel de méthodologie de référence MR004 de la CNIL.

## F. Élaboration du questionnaire

Le questionnaire était construit sous forme de sept catégories comptabilisant au total 22 questions (ANNEXE 1) :

- Profil des participants.
- Les formations reçues ou non des praticiens dans le domaine de l'alcoologie.
- L'état des connaissances actuelles dans le domaine dont le repérage, les recommandations, et la prise en charge globale des patients ayant un TUA.
- Le ressenti des praticiens vis-à-vis de leurs connaissances et de leur prise en charge.
- La connaissance des réseaux d'addiction et leur utilisation.
- Les freins vécus par les praticiens au repérage et à la prise en charge de ces patients.
- L'évaluation de leur besoin concernant une formation dans ce domaine.

## G. Analyse des données

Les critères, de jugement principal et secondaires, ont été décrits sous la forme de pourcentages pour les variables qualitatives. L'analyse des données a été effectuée grâce au logiciel Google Form.

# III. Les résultats

## A. Profil des participants

Nous avons obtenu 22 réponses au questionnaire, tous validés selon les critères d'inclusion. La totalité (100%) des participants avait entre 25 et 35ans, avec une grande majorité (63,6%) de réponses de médecins remplaçants thésés ou non, 22,7% d'internes ayant déjà réalisé leur stage de SASPAS et seulement 13,6% de Docteur en médecine installés au long cours dans un cabinet.

Parmi les interrogés, 63,6% n'avaient jamais eu de formation sur la prise en charge des TUA. Parmi les 36,4% ayant répondu favorablement (soit huit participants), nous avons quatre professionnels (18,2%) ayant travaillé dans un centre d'addictologie (service hospitalier, CSAPA) au cours de l'internat ou lors de remplacement ; deux praticiens (9%) ayant eu un

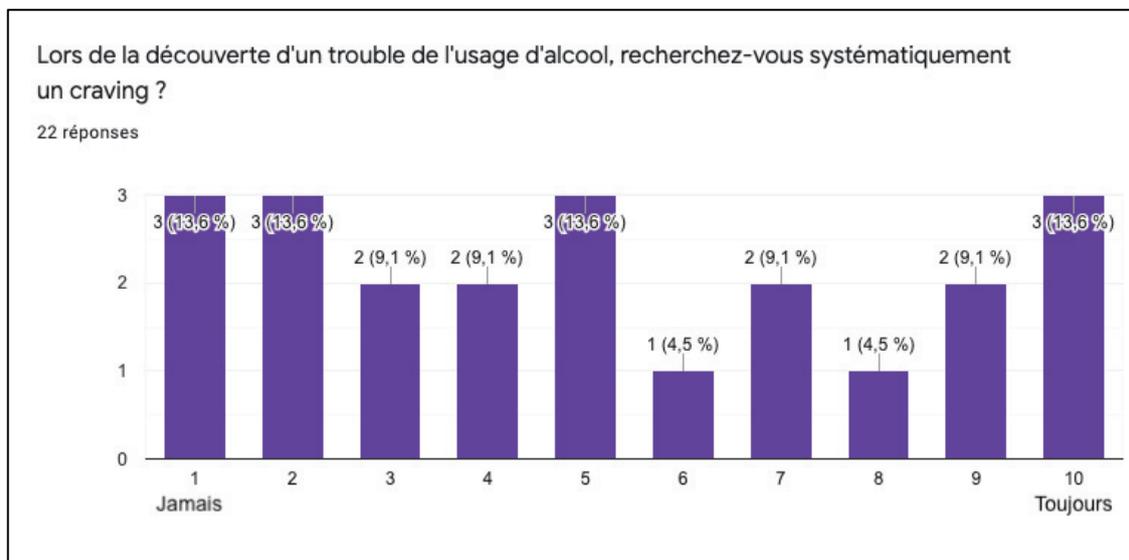
cours théorique réalisé par un addictologue de quelques heures dans le domaine de l’addiction lors d’un stage d’internat ; un praticien (4,5%) ayant réalisé un séminaire dans ce domaine et un (4,5%) ayant fait une formation médicale continue.

## B. Les connaissances sur les définitions et recommandations

Parmi les participants, 54,5% déclarent connaître la définition du TUA contre 45,5% déclarant ne pas la connaître.

Cependant, bien que le Craving soit un élément clé dans la définition du DSM-V des TUA, seulement 13,6% le recherchent systématiquement lors du dépistage d’un TUA. **Figure 2**

Figure 2 :



Concernant les recommandations actuelles sur les consommations pour limiter les risques pour la santé, seulement 9% des participants ont répondu juste pour les recommandations masculines (deux unités d’alcool par jour maximum avec au moins deux jours d’abstinence dans la semaine), 13,6% ont cité les deux unités d’alcool maximum sans mentionner les jours d’abstinence, 54,5% ont donné les anciennes recommandations à trois unités (avec ou sans jour d’abstinence évoqué), 4,5% ont déclaré quatre unités d’alcool maximum sans mentionner l’abstinence, et 18,2% déclaraient ne pas connaître cette recommandation.

Pour les recommandations féminines, 18,2% ont répondu correctement (deux unités d’alcool maximum et deux jours d’abstinence minimum), 63,6% ont oublié les jours d’abstinences, et 18,2% déclaraient ne pas connaître cette recommandation.

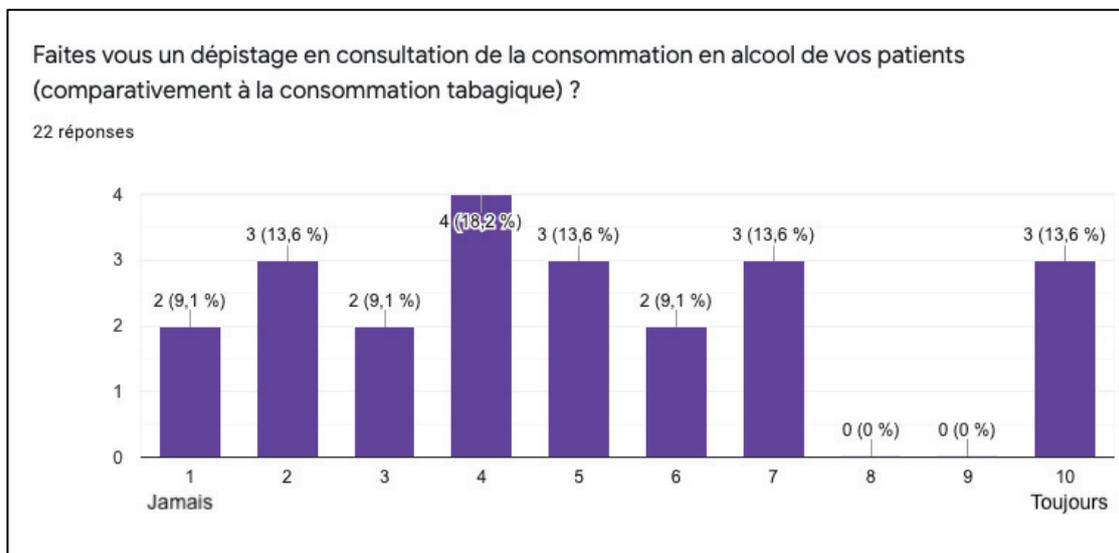
Concernant le calcul des unités d'alcool, 54,4% déclarent savoir calculer une unité d'alcool et l'expliquer au patient ; contre 45,5% déclarant ne pas savoir le faire.

### C. Le repérage en consultation des TUA

L'analyse met en évidence une recherche non systématique de la consommation d'alcool lors des consultations. **Figure 3**

En effet, 9% des participants semblent ne jamais poser la question sur la consommation d'alcool et seulement 13,6% posent cette question systématiquement.

Figure 3



Pour réaliser le dépistage, nous avons interrogé les participants sur leur connaissance de tests de repérage du TUA à réaliser au cabinet, avec la quasi-totalité des participants (95,8%) ayant répondu ne pas connaître de tests, contre seulement un participant (4,5%) ayant cité le test AUDIT. Et cette même personne, déclare cependant ne quasi jamais l'utiliser en consultation.

Figure 4

Figure 4

Connaissez vous un (ou plusieurs) test(s) de repérage d'un trouble de l'usage d'alcool à réaliser au cabinet ? Si oui, citez le(s). Sinon, inscrivez : non. \*

Questionnaire AUDIT

---

Si oui, le réalisez-vous ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Jamais           A chaque première consultation et réévaluation

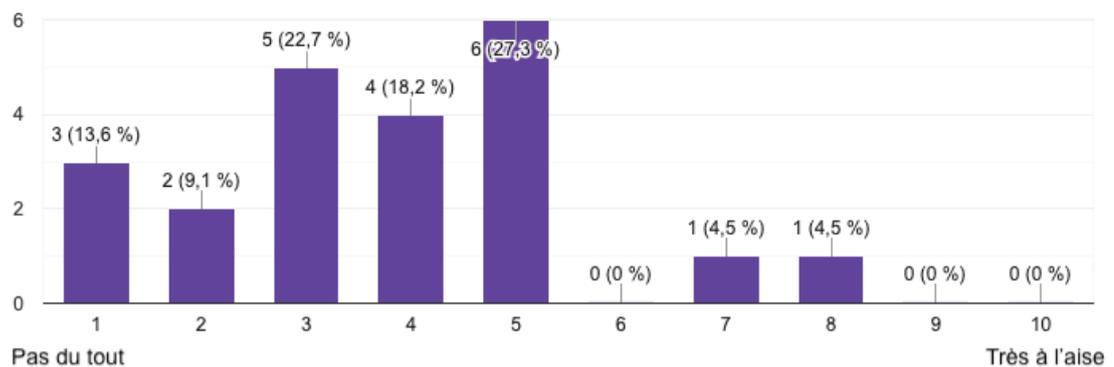
#### D. Évaluation de la prise en charge des TUA en cabinet

Tout d'abord, nous nous sommes intéressés au ressenti des praticiens dans la prise en charge des patients ayant un TUA au cabinet. La plupart des participants (91%) considèrent ne pas être du tout à l'aise à moyennement à l'aise dans cette prise en charge. **Figure 5**

Figure 5 :

Vous sentez vous à l'aise dans la prise en charge des patients ayant un trouble de l'usage d'alcool ?

22 réponses

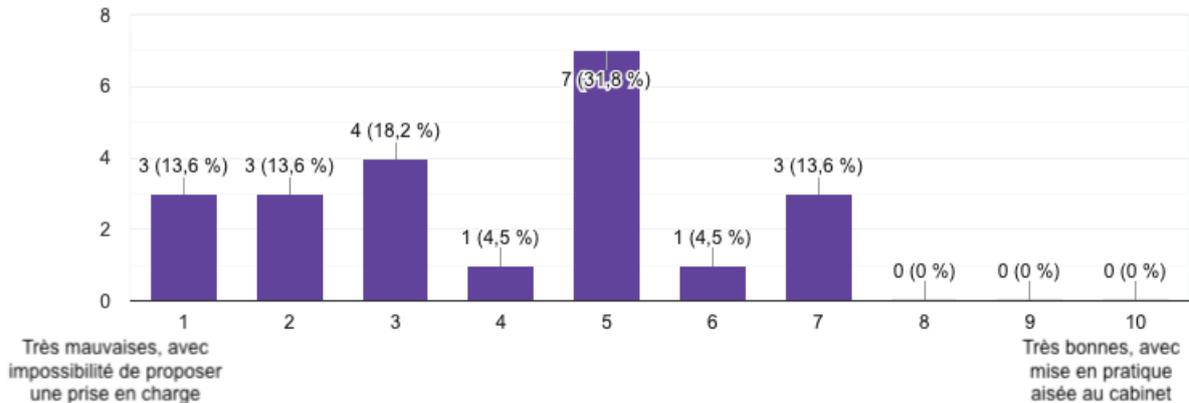


Une grande majorité (82%) considère leurs connaissances allant de très mauvaises à moyennes dans le domaine de la prise en charge des TUA. **Figure 6**

Figure 6 :

Comment considérez-vous vos connaissances concernant la prise en charge d'un trouble de l'usage d'alcool en médecine de ville ?

22 réponses

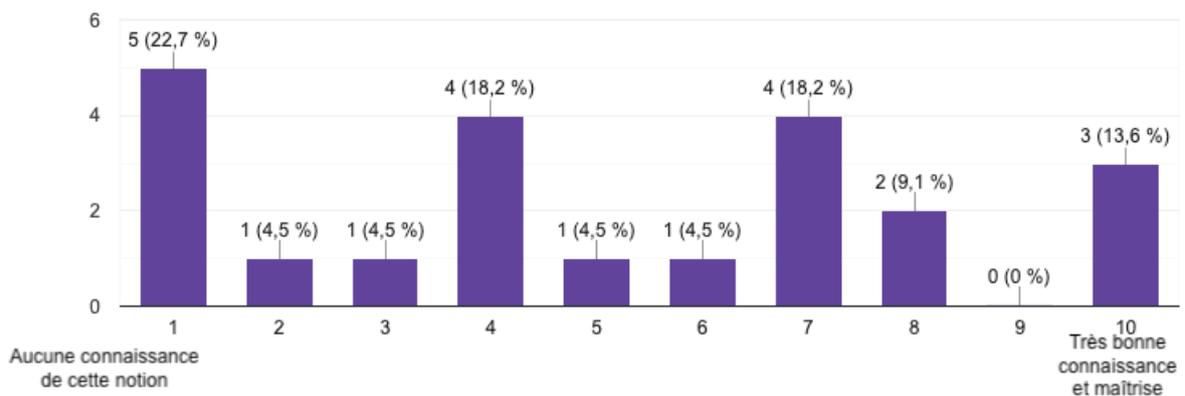


Nous avons voulu interroger les participants sur les connaissances de l'intervention brève **Figure 7**. Bien que 23% ne connaissent pas le principe de l'intervention brève, 13,4% déclarent maîtriser cette notion. 50% déclarent également en réaliser au cabinet.

Figure 7

Connaissez-vous les principes de l'intervention brève en médecine générale ?

22 réponses

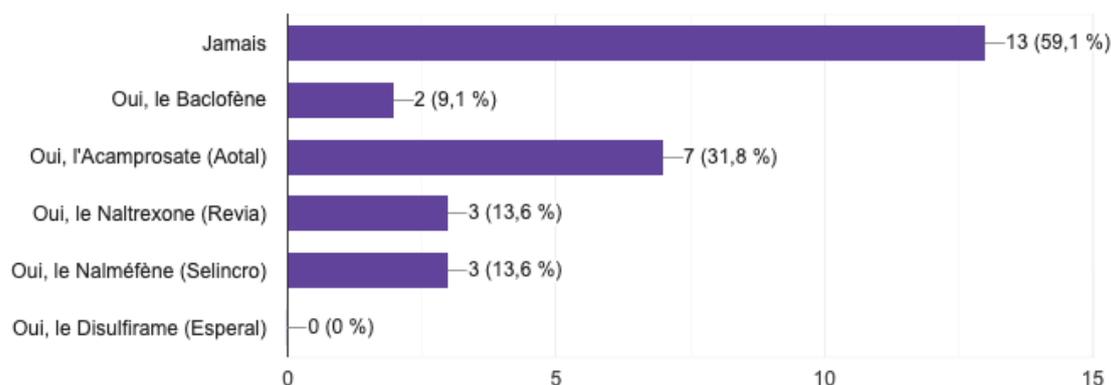


Pour ce qui est des traitements spécifiques de l'alcool, 59,1% déclarent ne jamais avoir introduit de tels médicaments. Le traitement le plus souvent initié dans mon questionnaire est l'Acamprostate. **Figure 8**

Figure 8

Avez-vous déjà initié des traitements spécifiques à l'addiction à l'alcool ? Si oui, lequel/lesquels ? Plusieurs réponses possibles.

22 réponses



La question étant ouverte à une réponse à choix multiples, parmi les 40,9% (soit neuf participants) ayant déjà introduit un ou plusieurs traitements, nous avons détaillé les différentes prescriptions de ces praticiens. **Figure 9**

Figure 9

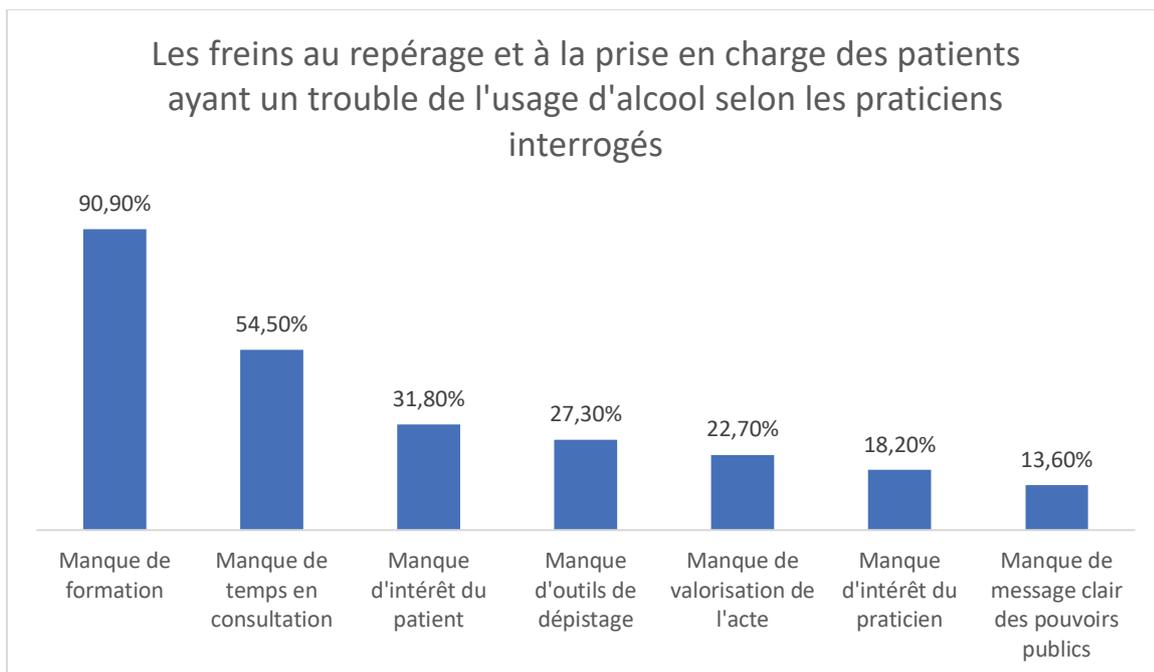
Participants / Traitement(s)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Baclofène									
Acamprosate									
Naltrexone									
Nalméfène									
Disulfirame									

Nous nous sommes également intéressés aux connaissances sur les structures vers lesquelles les praticiens pouvaient adresser leurs patients ayant un TUA. En effet, 18,1% déclarent ne pas savoir ou ne pas avoir su où adresser un/des patient(s) dans le contexte d'un TUA, 9% déclarent ne pas avoir été confronté à cette situation mais sauraient où les adresser, 45,5% ont déjà adressé un/des patient(s) en CSAPA uniquement, 4,5% ont déjà adressé un/des patient(s) en cure, et 22,7% ont déjà adressé des patients à au moins deux structures voire plus parmi les CSAPA, les Centres de Cure, ou en Centre Hospitalier pour sevrage. Seul un participant (4,5%) déclare avoir adressé un/des patient(s) aux urgences dans ce contexte.

### E. Les freins au repérage et à la prise en charge des troubles de l'usage d'alcool au cabinet de ville

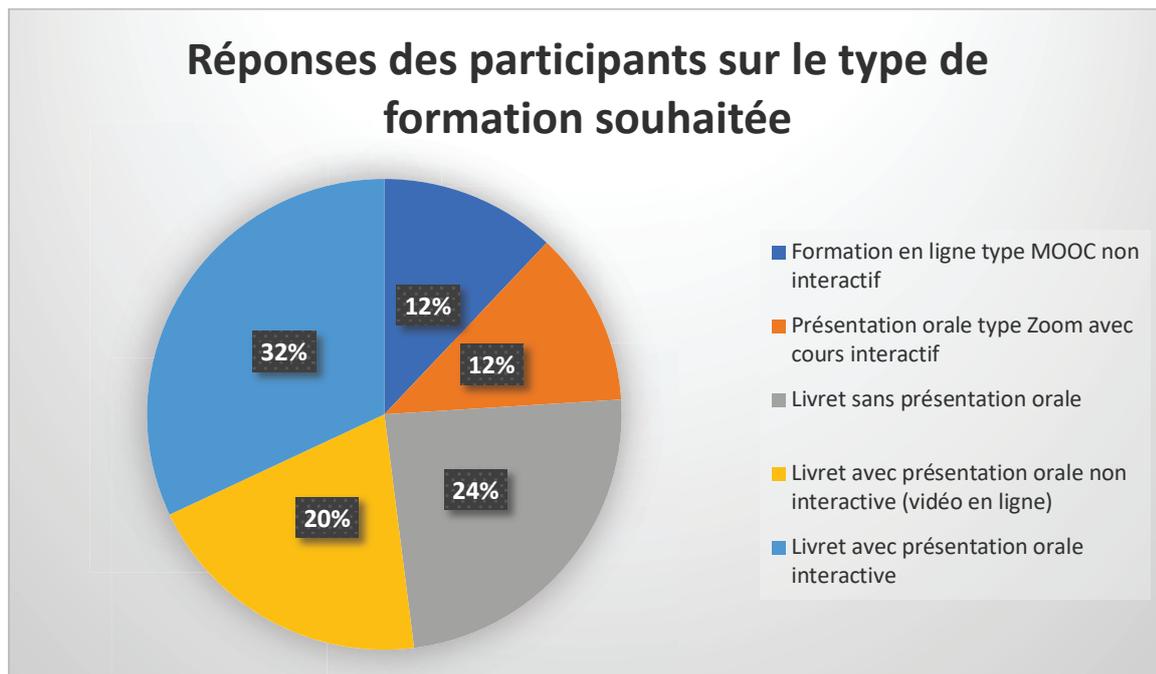
La quasi-totalité des interrogés (90,9%) considèrent que le manque de formation est un frein à la prise en charge de ces patients. Le manque de temps en consultation (54,5%) et le manque d'intérêt souvent présumé des patients (31,8%) arrivent dans les suites. **Figure 10**

Figure 10 :



A la fin de ce questionnaire, 86,4% des participants ont déclaré vouloir recevoir la formation qui émanerait de ce projet. Divers types de formation leur ont été proposés dans le questionnaire, parmi différentes possibilités (adaptées au contexte COVID). La grande majorité (76%) souhaite une formation avec support de type livret. A noter qu'aucun participant (0%) n'a jugé ne pas avoir besoin de formation dans le domaine. **Figure 11**

Figure 11 :



## IV. La discussion

### A. Exposition du résultat principal de l'étude

Notre étude fait ressortir un manque de connaissance réelle dans le domaine du repérage et de la prise en charge des patients ayant un TUA.

Le frein principal à la prise en charge des TUA semble être d'après notre étude un manque de formation des praticiens, évoqué dans **90,9% des cas**. Rappelons l'étude publiée en 2006 qui révélait que 93 % des 2 301 médecins généralistes ayant répondu à un auto-questionnaire souhaitaient améliorer leur formation en alcoologie (22).

Nous pouvons donc constater que cette donnée n'a malheureusement pas changé depuis 2006 et qu'il semble que le manque de formation soit toujours à l'heure d'aujourd'hui un des principaux problèmes.

De plus, notre étude révèle que les praticiens ne se sentent globalement pas à l'aise dans cette prise en charge et considèrent que leurs connaissances dans le domaine sont limitées, et la

grande majorité (86,4%) a déclaré être intéressée à recevoir la formation qui découlera de cette étude.

Très rares sont les participants qui connaissent les dernières recommandations de consommations datant pourtant de 2017. Certains participants ont également évoqué leur difficulté à calculer ou à expliquer à leurs patients les unités d'alcool.

Nous retrouvons également un manque de repérage avec deux raisons semblant ressortir de cette étude, tout d'abord le fait que les praticiens n'abordent pas systématiquement le thème de la consommation d'alcool dans leur interrogatoire, mais également le manque de connaissance d'outils simples de repérage. Et pourtant des outils standardisés existent bien : les questionnaires AUDIT, raccourci en test AUDIT-C ne reprenant que les trois premières questions du questionnaire AUDIT contenant 10 questions ; et le questionnaire FACE en six questions.

La moitié des participants déclarent connaître l'intervention brève et essaient d'en réaliser au cabinet, ce qui est une bonne chose, car considérée à ce jour comme l'un des piliers dans la prise en charge de ces patients sans dépendance, avec l'entretien motivationnel et les TCC validés pour tous les troubles de l'usage. (23)

Plus de la moitié des participants à l'étude n'ont jamais introduits de traitement spécifique des TUA sévères, cependant il aurait été pertinent de les interroger sur leur connaissance de ces traitements, même sans les utiliser (interactions, effets secondaires, contre-indications, posologies etc.)

Enfin la majorité des participants a souhaité bénéficier d'une formation avec une base livret. Devant ces résultats il nous est paru indispensable d'introduire dans le livret les points suivants :

- Les définitions et recommandations actuelles,
- Les UA et leur mesure,
- La définition des TUA,
- Le repérage en définissant les cibles et les outils existants,
- Le discours du médecin au cabinet avec les points clés de l'intervention brève,
- La prise en charge des patients en demande de réduction de leur consommation ou l'organisation du sevrage,

- Les différents médicaments de l'alcool et leurs particularités,
- Et enfin les adresses utiles dans les Alpes-Maritimes (06).

## B. Confrontation des résultats aux données connues de la littérature (validité externe)

Une étude de 2011 (18) sur 2083 praticiens interrogés, montrait que seuls 23 % des praticiens déclaraient aborder la question de la consommation d'alcool au moins une fois avec chaque patient ; ils étaient seulement 13 % à déclarer utiliser des questionnaires standardisés pour repérer les TUA.

Dans notre étude, seulement **13,6% des praticiens** questionnaient systématiquement leurs patients sur leur consommation d'alcool, et seulement **4,5% connaissaient les tests** de repérage mais ne les utilisaient que très peu.

Il semblerait que le repérage par les jeunes praticiens soit encore moins bon qu'en 2011.

Nous avons pris connaissance d'autres études évaluant les freins de cette prise en charge.

Une étude réalisée en 2010, par questionnaire afin d'évaluer le ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge de l'alcool, regroupant 85 médecins généralistes répartis sur la France entière, faisait ressortir comme principaux freins (24) :

- Un manque de compliance des patients perçu par 64% des médecins interrogés, **contre 31,8% dans notre étude.**
- Un manque de rémunération au regard du temps accordé à cette prise en charge (48%), **contre 22,7% dans notre étude.**
- Un manque d'outils et de protocoles (34%), **contre 27,3% dans notre étude.**
- Un manque d'intérêt personnel (12%), **contre 18,2% dans notre étude.**
- Un manque de formation (28%) contre **90,9% dans notre étude** ; et un manque de temps (28%) **contre 54,5%.**

La majorité des praticiens de l'étude de 2010 se rejoignaient pour dire qu'il était difficile d'identifier réellement les patients à risques, et les praticiens souffraient d'une image stéréotypée des consommateurs excessifs d'alcool. Certains avaient pointé les difficultés à différencier « alcoolisme mondain, les mésusages d'alcool et l'alcoolodépendance ».

Une autre étude qualitative réalisée auprès de 20 praticiens de la région PACA en 2014 sur les freins au repérage et à la gestion en cabinet des principales addictions (tabac, alcool, toxiques) faisait ressortir quant aux principaux freins(25) :

- La notion de « déni du patient » : principal frein évoqué en majorité.
- Le manque de temps en consultation, « surtout quand la substance n'est pas le motif de consultation ».
- Le manque de formation et d'outils utilisables en médecine générale (à noter que dans cette étude seulement quatre médecins sur 20 (soit 20% seulement) déclaraient utiliser des échelles validées de dépistage, et rappelons que dans cette étude, le tabac faisait partie des substances étudiées, donc quelle part de ces 20% ne concernait que le test de Fagerström, bien plus connu des médecins que les tests des autres substances ? ...).
- Le sentiment d'isolement favorisant le sentiment d'impuissance ressenti par les médecins interrogés.
- Les représentations de certains praticiens : « certains omnipraticiens avouent refuser la prise en charge de certaines addictions liées à : un manque de motivation, la lassitude des échecs répétés, la perte financière, les spécificités des patients ».

À la fin de cette étude de 2014, parmi les propositions des praticiens pour améliorer leur prise en charge, « une amplification de la formation initiale » semblait être le point principal.

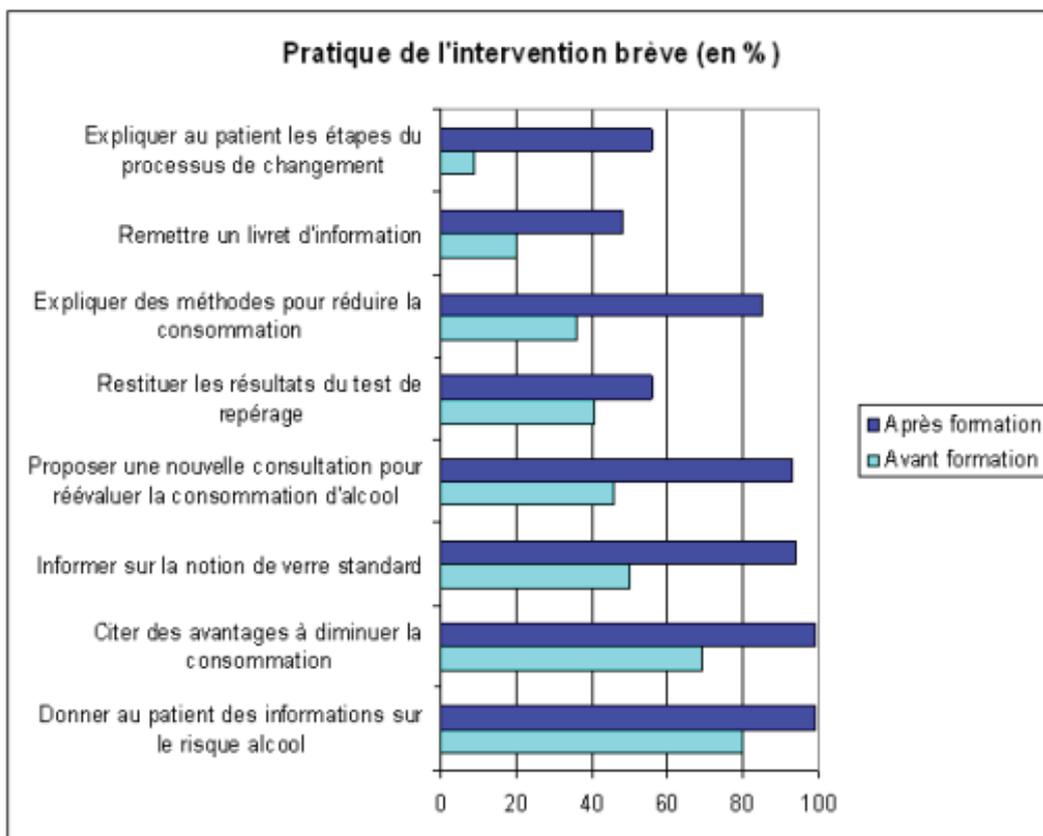
Dans cette même étude, réalisée auprès de 20 praticiens de la région PACA en 2014 (moyenne d'âge 52ans), ressortait un chiffre clé : 20% des participants ne connaissaient pas les CSAPA (25). Dans notre enquête, **18,1% des praticiens ne savaient pas où adresser** ces patients (comprenant toutes les structures possibles, cures, CSAPA et/ou sevrage hospitalier). Les chiffres restent donc similaires peu importe l'âge des participants.

Dans le cadre de la création d'outil de formation, nous avons recherché une étude évaluant les connaissances un an après une formation sur le RPIB en France. Cette étude, menée entre 2007 et 2008 (26), ayant inclus au long cours 191 médecins généralistes, répartis sur toute la France, évalués à l'aide d'un questionnaire avant et un an après la formation. La formation se déroulait pour la plupart sur une journée et reprenait les outils de repérage et les principes de l'intervention brève.

L'évaluation un an après la formation montrait (26) :

- Une amélioration d'environ 70% des connaissances sur les seuils de recommandation.
- Que 52% savaient réagir face à un consommateur excessif contre 17% avant formation ; et 3% déclaraient ne pas savoir réagir contre 13% avant la formation.
- Que 66% des médecins déclaraient poser la question de la consommation d'alcool au moins une fois avec chaque patient après la formation, contre 39% avant.
- Que 43% des praticiens utilisaient les outils de repérage en consultation après la formation, versus 13% avant ; et surtout , que 67% des praticiens ne les connaissaient pas avant la formation, contre seulement 2% à un an de la formation.
- On constate également que la formation a permis une utilisation plus fréquente et plus adaptée de l'intervention brève après la formation. **Figure 12**

Figure 12. Pratique de l'intervention brève : évolution à 1 an (étude OFDT 2007-2008)



Nous pouvons en conclure qu'une formation adaptée a permis une amélioration significative des connaissances mais surtout des pratiques dans ce domaine.

Devant de tels résultats, l'envie de créer un outil afin d'améliorer les connaissances des médecins généralistes dans le domaine du dépistage et de la prise en charge des TUA est apparue comme une évidence.

### C. Discussion des données non significatives et/ou divergentes

Concernant **l'étude réalisée en 2010**, par questionnaire afin d'évaluer le ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge de l'alcool, à l'aide d'un questionnaire, regroupant 85 médecins généralistes répartis (âge moyen entre 51-60ans) sur la France entière(24) ; nous retrouvons des chiffres similaires dans les différents domaines hormis dans le manque de temps, de rémunération, et le ressenti de l'engagement du patient. Rappelons que dans notre étude, les praticiens participants sont tous de jeunes praticiens (entre 25 et 35ans), avec par principe des temps de consultations possiblement allongés par rapport aux praticiens plus expérimentés, et de moins bonnes connaissances possibles de la comptabilité et de la gestion d'un cabinet.

De plus seulement 28% des participants considéraient le manque de formation comme un frein, ce qui semble faire ressortir que la formation actuelle ne s'est pas du tout améliorée bien au contraire, et que la nouvelle génération de médecin possède moins de connaissances dans ce domaine (par rapport aux médecins ayant répondu à l'autre étude âgé principalement de 51-60ans).

### D. Exposition des biais et limites de l'étude (validité interne)

Le principal biais de cette étude est un biais de sélection dû à des réponses uniquement réalisées par des jeunes praticiens. La mise du questionnaire sur les réseaux sociaux devait initialement permettre de brasser un plus large échantillon, ce qui n'a finalement pas été le cas. De plus, les participants à l'étude connaissaient le thème « alcool » du questionnaire avant d'y répondre (présentation du questionnaire en quelques lignes sur les réseaux sociaux), les praticiens intéressés par le domaine ont peut-être plus répondu au questionnaire.

Notre étude était basée sur des données auto-déclarative, pouvant induire un biais d'information.

## E. Indication des points forts des résultats

Cette étude confirme qu'il existe bien un réel problème de repérage et de prise en charge des patients ayant un TUA de la part des jeunes praticiens. Mais elle montre également leur soif d'améliorer leurs connaissances avec la volonté de recevoir une formation dans le domaine.

Notre proposition d'outils sous forme d'un livret semble être tout à fait appropriée à la demande actuelle, et ce questionnaire nous a permis de mettre en évidence les messages clés qui devaient apparaître dans notre livret de formation. **(cf livret imprimé).**

## F. Conclusions avec perspectives du travail

Face à ce réel problème de santé publique et malgré la volonté des pouvoirs publics d'améliorer le repérage précoce et la prise en charge des patients ayant un TUA, nous avons pu constater que la formation des jeunes médecins semble encore trop pauvre dans le domaine.

En effet, les TUA peuvent toucher l'ensemble de la population et il y a un intérêt à agir précocement dans le repérage de ces troubles, devant les conséquences globales sanitaires et sociales qu'ils peuvent entraîner.

À la suite de ce travail, nous avons réalisé un livret de formation (cf prototype) de 20 pages comprenant une page de garde recto-verso, une page reprenant le plan du travail, 11 pages de contenu à proprement parlé, quatre pages de fiches à remettre au patient, à l'entourage après accord et à l'infirmier diplômé d'état si nécessaire et deux pages de références.

Nous avons essayé d'intégrer au maximum les lacunes mises en évidence par le questionnaire afin d'apporter aux praticiens un contenu reprenant les bases des connaissances dans ce domaine. En nous basant sur les connaissances décrites par les grands organismes de santé tels que la HAS, la SFA, l'OFDT, les avis d'experts français, le Vidal et le CRAT.

Nous espérons que ce livret (en cours d'évaluation pour sa diffusion large dans le département des Alpes-Maritimes) pourra aider les médecins dans leurs pratiques au cabinet.

Lors d'un prochain travail d'étude, il semblerait intéressant que ce livret s'intègre dans une formation plus développée avec une présentation orale associée, interactive, et puisse être évaluée afin de juger de son possible impact dans la pratique quotidienne des médecins généralistes.

## V. Bibliographie

1. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 [Internet]. 2018. Disponible sur: [https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan\\_mildeca\\_2018-2022\\_def\\_190212\\_web.pdf](https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan_mildeca_2018-2022_def_190212_web.pdf)
2. Bonaldi C., Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 8 oct 2018;97-108.
3. Santé Publique France. Bulletin de Santé Publique Provence-Alpes-Côte d'Azur [Internet]. 2020 janv. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/222193/2470548>
4. Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie. Prévention des risques et réduction des dommages chez les consommateurs d'alcool [Internet]. 2012. Disponible sur: <https://www.rvh-synergie.org/images/stories/pdf/anpaa-rrdc-lasers.pdf>
5. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT). Synthèse thématique : alcool [Internet]. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT). 2018. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/>
6. Begue L. Conduites agressives et alcoolisation. Economie et statistique. 2011;448(1):177-90.
7. Kopp P. Le coût social des drogues en France [Internet]. 2015 déc. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2015/le-cout-social-des-drogues-en-france-decembre-2015/>
8. Santé Publique France. Alcool : où en sont les Français ? [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/222610/2472538>
9. Andler R, Cogordan C, Richard JB, Demiguel V, Regnault N., Guignard R, Pasquereau A, Nguyen-Thanh V. Consommations d'alcool et de tabac durant la grossesse. Baromètre santé 2017 [Internet]. 2018; Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/system/files/2018-09/Barometre%20Grossesse-Alcool-Tabac.PDF>
10. Saurel Cubizolles MJ, Prunet C, Blondel B. Consommation d'alcool pendant la grossesse et santé périnatale en France en 2010. 2013;(n°. 16-17-18):180-5.
11. Laporal S, Demiguel V, Cogordan C, Barry Y., Guseva Canu I, Goulet V, Regnault N. Surveillance des troubles causés par l'alcoolisation fœtale: analyse des données du programme de médicalisation des systèmes d'information en France entre 2006 et 2013. Synthèse. Saint-Maurice : Santé publique France. 2018;16 p.

12. Santé Publique France. Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/8230/file/avis-alcool-040517.pdf>
13. OCDE. Panorama de la santé 2019: Les indicateurs de l'OCDE [Internet]. OECD; 2019 [cité 21 août 2021]. (Panorama de la santé). Disponible sur: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2019\\_5f5b6833-fr](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2019_5f5b6833-fr)
14. Alcool Info Service. Le poids économique et culturel de l'alcool [Internet]. alcool-info-service.fr. [cité 21 août 2021]. Disponible sur: <https://www.alcool-info-service.fr/alcool/consommation-alcool-france/culture-alcool-consommation-vin>
15. Besbes M., Martial F., Naudy-Fesquet I., Roosz P., Tronyo J. Tableau de l'économie Française [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/2587886/TEF17.pdf>
16. GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 22 sept 2018;392(10152):1015-35.
17. Kohn R. The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*. nov 2004;(82):858-66.
18. Beck, F., Guignard, R., Obradovic, I., Gautier, A., Karila, L. Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France. *Rev Epidemiol Santé publique*. 2011;(59(5)):285-94.
19. Anderson P., Gual A., Colom J., INCa. Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves [Internet]. Paris; 2008 p. 141 p. Disponible sur: [https://nice.cngc.fr/IMG/pdf/Reperage\\_clinique\\_et\\_interventions\\_breves\\_1o\\_partie.pdf](https://nice.cngc.fr/IMG/pdf/Reperage_clinique_et_interventions_breves_1o_partie.pdf)
20. Anderson P, Baumberg B. Alcohol in europe: a public health perspective, a report for the European commission. [Internet]. London: Institute of alcohol studies; 2008 [cité 4 sept 2021]. Disponible sur: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/alcohol/documents/alcohol\\_europe.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe.pdf)
21. HAS. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte [Internet]. 2021. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte)
22. Pierre Gallois, Patrick Emeriaud, Jean-Marc Charpentier. Le problème « alcool » en médecine générale 2 301 réponses à un questionnaire d'auto-évaluation. sept 2006;Vol 2(N°

7):pages 320-324.

23. Conseil Scientifique : Collège National des Généralistes Enseignants. Soins du patient ayant un trouble de l'usage de l'alcool en médecine générale - pour une prise en charge thérapeutique conforme aux données de la science [Internet]. 2019. Disponible sur: [https://www.cnge.fr/media/docs/cnge\\_site/cnge/190618\\_Avis\\_CS\\_CNGE\\_patient\\_TUA\\_2\\_site\\_1.pdf](https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/190618_Avis_CS_CNGE_patient_TUA_2_site_1.pdf)

24. Groppi M. Evaluation du ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge des problèmes d'alcool [Internet]. Université Pierre et Marie CURIE; 2010. Disponible sur: [http://cmge-upmc.org/IMG/pdf/these\\_groppi.pdf](http://cmge-upmc.org/IMG/pdf/these_groppi.pdf)

25. 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 [Internet]. [Nice]: Nice-Sophia-Antipolis; 2014. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01232248/document>

26. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT). Evaluation de la stratégie nationale de diffusion de RPIB auprès des médecins généralistes sur la période 2007-2008. Principaux résultats [Internet]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/RPIB/rpibrappglobal.pdf>

## VI. Annexe

### ANNEXE 1 : Questionnaire en 22 questions

- 1) Quel est votre âge ? (Réponse à choix unique)
  - a. 25-35ans
  - b. 35-45ans
  - c. 45-55ans
  - d. > 65ans
- 2) Actuellement vous êtes : (Réponse à choix unique)
  - a. Interne avec stage de SASPAS déjà effectué
  - b. Médecin remplaçant en cabinet de médecine générale thésé ou non
  - c. Docteur en médecine travaillant dans votre cabinet ou en collaboration à long terme
- 3) Avez-vous déjà réalisé une formation concernant la prise en charge du TUA et des addictions à l'alcool ? (Réponse à choix unique)
  - a. Oui
  - b. Non
- 4) Si oui, quel(s) type(s) de formation ? (Réponse à choix multiple)
  - a. Emploi dans le domaine (CSAPA/ service d'addictologie lors de l'internat ou autre)
  - b. Diplôme (Inter) Universitaire
  - c. Formation médicale continue (DPC, Mooc...)
  - d. Séminaire
  - e. Autre (réponse courte à ajouter par le participant)
- 5) Êtes-vous au clair sur la définition du TUA ? (Réponse à choix unique)
  - a. Oui
  - b. Non
- 6) Connaissez-vous les recommandations de consommation d'alcool pour limiter les risques pour les hommes ? Si oui, pouvez-vous les écrire ; sinon écrivez non.
- 7) Connaissez-vous les recommandations de consommation d'alcool pour limiter les risques pour les femmes ? Si oui, pouvez-vous les écrire ; sinon écrivez non.
- 8) Savez-vous calculer et expliquer à vos patients les unités d'alcool ? (Réponse à choix unique)
  - a. Oui
  - b. Non

- 9) Faites-vous un dépistage en consultation de la consommation d'alcool de vos patients (comparativement à la consommation tabagique) ? (Échelle linéaire de réponse)
- De « un » = jamais
  - A « dix » = toujours, à chaque consultation je demande systématiquement la consommation de mes patients
- 10) Connaissez-vous un (ou plusieurs) test(s) de repérage d'un TUA à réaliser au cabinet ? Si oui, citez-le(s). Sinon, inscrivez : non.
- 11) Si oui, le réalisez-vous ? (Échelle linéaire de réponse)
- De « un » = jamais
  - A « dix » = à chaque première consultation et réévaluation.
- 12) Lors de la découverte d'un TUA, recherchez-vous systématiquement un craving ? (Échelle linéaire de réponse) :
- De « un » = jamais
  - A « dix » = toujours
- 13) Connaissez-vous la définition de la dépendance à une substance ? (Réponse à choix unique)
- Oui
  - Non
- 14) Connaissez-vous les principes de l'intervention brève en médecine générale ? (Échelle linéaire de réponse)
- De « un » = ne connais pas du tout cette notion
  - A « dix » = très bien, je maîtrise ce principe complètement
- 15) Réalisez-vous des interventions brèves au cabinet ? (Réponse à choix unique)
- Oui
  - Non
- 16) Avez-vous déjà initié des traitements spécifiques de l'addiction à l'alcool ? Si oui, lequel/lesquels ? (Réponse à choix multiples)
- Jamais
  - Oui, le baclofène
  - Oui, l'acamprosate (aotal)
  - Oui, le naltrexone (revia)
  - Oui, le nalméfène (selincro)
  - Oui, le disulfirame (esperal)
- 17) Comment considérez-vous vos connaissances concernant la prise en charge d'un TUA en médecine de ville ? (Échelle linéaire de réponse)

- a. De « une » = très mauvaises, avec impossibilité de proposer une prise en charge
  - b. A « dix » = très bonnes, avec mise en pratique aisée au cabinet
- 18) Vous sentez-vous à l'aise dans la prise en charge des patients ayant un TUA ? (Échelle linéaire de réponse) :
- a. De « un » = pas du tout à l'aise
  - b. A « dix » = très à l'aise
- 19) Avez-vous déjà adressé des patients à des centres spécialisés ? (Réponse à choix multiple)
- a. Oui, en centre de cure
  - b. Oui, à un CSAPA
  - c. Oui, organisation d'une hospitalisation en centre hospitalier pour sevrage
  - d. Oui, je les ai adressés aux urgences avec un courrier
  - e. Non, je ne savais pas où adresser un patient quand j'ai été confronté à la situation
  - f. Je n'ai jamais été confronté à la situation mais je connais des centres où les adresser
  - g. Je n'ai jamais été confronté à la situation mais je ne saurais pas où les adresser
- 20) Quels sont les freins selon vous au dépistage et à la prise en charge des TUA en cabinet de ville ? (Réponse à choix multiples)
- a. Manque d'intérêt du patient
  - b. Manque de temps en consultation
  - c. Manque de valorisation de l'acte
  - d. Manque d'intérêt du praticien dans ce domaine
  - e. Manque d'outils dans le dépistage du TUA
  - f. Manque de formation dans la prise en charge du TUA
  - g. Manque de message clair par les pouvoirs publics sur les risques liés à la consommation
  - h. Autres : réponse courte complémentaire possible à rajouter par le participant
- 21) Quelle formation souhaiteriez-vous recevoir concernant la prise en charge des patients ayant un TUA ? (Réponse à choix unique)
- a. Je n'en ai pas besoin, connaissances déjà à jour
  - b. Formation en ligne de quelques heures de type Mooc avec vidéo non interactive (diapositives à disposition par la suite)
  - c. Présentation orale en ligne (type Zoom) avec cours interactif (diapositives à disposition par la suite)
  - d. Livret reprenant les points clés de la prise en charge avec présentation orale non interactive (vidéo accessible sur plateforme)

- e. Livret reprenant les points clés de la prise en charge avec présentation orale interactive au cabinet ou via zoom
  - f. Livret reprenant les points clés de la prise en charge sans présentation orale du livret
- 22) Souhaiteriez-vous recevoir la formation réalisée au décours de ce questionnaire, destinée aux médecins généralistes, dans le cadre de ce travail de thèse ? (Réponse à choix unique)
- a. Oui
  - b. Non

# Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

# Résumé

**Introduction :** Les troubles de l'usage d'alcool représentent un réel problème de santé publique en France. La consommation d'alcool, deuxième cause de mortalité évitable en 2015, augmente le risque de nombreuses pathologies dont les cancers et les maladies cardio-vasculaires. La consommation d'alcool reste pourtant stable depuis les années 2013 malgré une augmentation des mesures entreprises par les pouvoirs publics pour diffuser les recommandations permettant de limiter les risques et inciter les patients à en parler à leur médecin. En effet, les derniers plans gouvernementaux ont mis l'accent sur la nécessité de sensibiliser et d'améliorer la formation des médecins dans ce domaine.

**Objectif :** Évaluer à l'aide d'un questionnaire les pratiques et les connaissances actuelles des médecins généralistes dans le domaine des TUA pour connaître leurs éventuels besoins de formation.

**Matériel et méthode :** Nous avons réalisé une étude observationnelle prospective auprès de 22 médecins généralistes des Alpes Maritimes, par le biais d'un questionnaire en ligne. Les données recueillies portaient sur leurs pratiques de repérage et la prise en charge des TUA au sein de leur cabinet, mais aussi leur ressenti et les possibles freins rencontrés.

**Résultats :** Il est ressorti de cette étude un défaut de repérage et de prise en charge des TUA, lié à un manque de connaissances des recommandations actuelles, des outils de repérage et des possibilités de prise en charge de ces patients. Cependant les participants ont également montré un réel intérêt à se former dans ce domaine. La proposition d'un livret de formation ayant été majoritairement sollicitée par les praticiens interrogés.

**Discussion :** Ce questionnaire a confirmé les résultats d'études précédemment réalisées dans les années 2010, et montre que les médecins généralistes sont trop souvent démunis dans ce type de prise en charge. Notre projet de livret semble donc pertinent dans ce contexte.

Dans un second temps, il serait intéressant de l'évaluer à la suite d'une mise en pratique.

**Mots-clés :** Trouble de l'usage d'alcool, repérage, prévention, alcool, médecins généralistes, formation.