



**HAL**  
open science

# Comprendre les motivations et les freins des médecins généralistes quant à l'utilisation de l'application MyDéfi comme outil dans la prise en charge des patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool. Focus sur la définition de la place de l'application dans la pratique médicale et l'inconnue de la réception par les patients

Bastien Du Cheyron de Beaumont

## ► To cite this version:

Bastien Du Cheyron de Beaumont. Comprendre les motivations et les freins des médecins généralistes quant à l'utilisation de l'application MyDéfi comme outil dans la prise en charge des patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool. Focus sur la définition de la place de l'application dans la pratique médicale et l'inconnue de la réception par les patients. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03526854

**HAL Id: dumas-03526854**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03526854>**

Submitted on 14 Jan 2022

**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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

**UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER**  
**FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES**

**THÈSE**

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement  
Par  
Bastien DU CHEYRON DE BEAUMONT

Le 8 décembre 2021

**TITRE**

**COMPRENDRE LES MOTIVATIONS ET LES FREINS DES MÉDECINS  
GÉNÉRALISTES QUANT A L'UTILISATION DE L'APPLICATION MYDÉFI  
COMME OUTIL DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS AYANT UN  
TROUBLE DE L'USAGE DE L'ALCOOL**

**Focus sur : LA DÉFINITION DE LA PLACE DE L'APPLICATION DANS LA  
PRATIQUE MEDICALE ET L'INCONNUE DE LA RÉCEPTION PAR LES  
PATIENTS**

Directeur de thèse : Dr CARBONNEL François

**JURY**

Président : Pr PERNEY Pascal

1<sup>er</sup> assesseur : Dr AMOUYAL Michel

2<sup>e</sup> assesseur : Dr CARBONNEL François

Membre invité : Dr LANGENDORFER Nicolas

**UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER**  
**FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES**

**THÈSE**

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement  
Par  
Bastien DU CHEYRON DE BEAUMONT

Le 8 décembre 2021

**TITRE**

**COMPRENDRE LES MOTIVATIONS ET LES FREINS DES MÉDECINS  
GÉNÉRALISTES QUANT A L'UTILISATION DE L'APPLICATION MYDÉFI  
COMME OUTIL DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS AYANT UN  
TROUBLE DE L'USAGE DE L'ALCOOL**

**Focus sur : LA DÉFINITION DE LA PLACE DE L'APPLICATION DANS LA  
PRATIQUE MEDICALE ET L'INCONNUE DE LA RÉCEPTION PAR LES  
PATIENTS**

Directeur de thèse : Dr CARBONNEL François

**JURY**

Président : Pr PERNEY Pascal

1<sup>er</sup> assesseur : Dr AMOUYAL Michel

2<sup>e</sup> assesseur : Dr CARBONNEL François

Membre invité : Dr LANGENDORFER Nicolas





**ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021**

**PERSONNEL ENSEIGNANT**

**Professeurs Honoraires**

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	MIRO Luis
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	NAVARRO Maurice
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	NAVRATIL Henri
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	OTHONIEL Jacques
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	D'ATHIS Françoise	KLEIN Bernard	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	DEMAILLE Jacques	LAFFARGUE François	PETIT Pierre
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LALLEMANT Jean Gabriel	POUGET Régis
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LAMARQUE Jean-Louis	PUJOL Henri
BALDET Pierre	DUBOIS Jean Bernard	LAPEYRIE Henri	RABISCHONG Pierre
BALDY-MOULINIER Michel	DUJOLS Pierre	LEROUX Jean-Louis	RAMUZ Michel
BALMES Jean-Louis	DUMAS Robert	LESBROS Daniel	REBOUL Jean
BANSARD Nicole	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	RIEU Daniel
BAYLET René	ECHENNE Bernard	LORIOT Jean	ROCHEFORT Henri
BILLIARD Michel	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BLARD Jean-Marie	FREREBEAU Philippe	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SAINT AUBERT Bernard
BLAYAC Jean Pierre	GALIFER René Benoît	MARTY ANE Charles	SANCHO-GARNIER Hélène
BLOTMAN Francis	GODLEWSKI Guilhem	MARY Henri	SANY Jacques
BONNEL François	GRASSET Daniel	MATHIEU-DAUDE Pierre	SEGNARBIEUX François
BOURGEOIS Jean-Marie	GUILHOU Jean-Jacques	MEYNADIER Jean	SENAC Jean-Paul
BOUSQUET Jean	GUITER Pierre	MICHEL François-Bernard	SERRE Arlette
BRUEL Jean Michel	HEDON berbard	MION Charles	SOLASSOL Claude
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MION Henri	VIDAL Jacques
			VISIÈRE Jean Pierre

### Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	LE QUELLEC Alain
BLANC François	MARES Pierre
BONAFE Alain	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MESSNER Patrick
BRINGER Jacques	MILLAT Bertrand
CLAUSTRES Mireille	MONNIER Louis
DAURES Jean-Pierre	MOURAD Georges
DAUZAT Michel	PREFAUT Christian
DAVY Jean-Marc	PUJOL Rémy
DEDET Jean-Pierre	RIBSTEIN Jean
ELEDJAM Jean-Jacques	SCHVED Jean-François
GROLLEAU RAOUX Robert	SULTAN Charles
GUERRIER Bernard	TOUCHON Jacques
GUILLOT Bernard	UZIEL Alain
JONQUET Olivier	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel
LARREY Dominique	

### Docteurs Emérites

PRAT Dominique  
PUJOL Joseph



## ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

### PERSONNEL ENSEIGNANT

---

---

#### Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

##### PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive

DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale



TOUITOU Isabelle	Génétique
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

**PU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique

DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie



PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale

### **PU-PH de 2ème classe**

BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZORSKI Eric	Pédiatrie

JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie



SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

#### 1<sup>re</sup> classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale**

#### 1<sup>re</sup> classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

### **PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale**

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc



**PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine**

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021**

**PERSONNEL ENSEIGNANT**

---

---

**Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers**

**MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel**

RICHARD Bruno	Médecine palliative
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

**MCU-PH Hors classe**

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

**MCU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie



MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIÈRES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
<b><u>MCU-PH de 2<sup>ème</sup> classe</u></b>	
BERGOUIGNOUX Anne	Génétique
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GOUZI Farès	Physiologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

**Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale**

**MCU-MG de 1<sup>re</sup> classe**

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

**MCU-MG de 2<sup>ème</sup> classe**

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

**Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale**

CAMPAGNAC Jérômes

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021**

PERSONNEL ENSEIGNANT

**Maitres de Conférences des Universités**

Maitres de Conférences hors classe

BADIA Eric	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maitres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
BERNEX Florence	Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINÉ Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire



## ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

### PERSONNEL ENSEIGNANT

#### PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BLANCHET Catherine	COROIAN Flavia-Oana	GINIES Patrick
AKKARI Mohamed	BLATIERE Véronique	COUDRAY Sarah	GRECO Frédéric
ALRIC Jérôme	BOBBIA Xavier	CRANSAC Frédéric	GUEDJ Anne Marie
AMEDRO Pascal	BOGE Gudrun	CUNTZ Danielle	GUYON Gaël
AMOUROUX Cyril	BOURRAIN Jean Luc	DARDALHON Brigitte	HENRY Vincent
ANTOINE Valéry	BOUYABRINE Hassan	DAVID Aurore	JAMMET Patrick
ARQUIZAN Caroline	BRINGER-DEUTSCH Sophie	DE BOUTRAY Marie	JEDRYKA François
ATTALIN Vincent	BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie	DE LA TRIBONNIÈRE Xavier	JREIGE Riad
AYRIGNAC Xavier	BRISOT Dominique	DEBIEN Blaise	KINNE Mélanie
BADR Maliha	BRONER Jonathan	DELPONT Marion	LABARIAS Coralie
BAIS Céline	CADE Stéphane	DENIS Hélène	LACAMBRE Mathieu
BARBAR Saber Davide	CAIMMI Davide Paolo	DEVILLE de PERIERE Gilles	LANG Philippe
BASSET Didier	CARR Julie	DJANIKIAN Flora	LAZERGES Cyril
BATIFOL Dominique	CARTIER César	DONNADIEU-RIGOLE Hélène	LE GUILLOU Cédric
BATTISTELLA Pascal	CASPER Thierry	FAIDHERBE Jacques	LEGLISE Marie Suzanne
BAUCHET Luc	CASSINOTTO Christophe	FATTON Brigitte	LOPEZ Régis
BENEZECH Jean-Pierre	CATHALA Philippe	FAUCHERRE Vincent	LUQUIENS Amandine
BENNYS Karim	CAZABAN Michel	FILLERON Anne	MANZANERA Cyril
BERNARD Nathalie	CHARBIT Jonathan	FITENI Frédéric	MARGUERITTE Emmanuel
BERTCHANSKY Ivan	CHEVALLIER Thierry	FOURNIER Philippe	MARTIN Lucille
BIBOULET Philippe	CHEVALLIER-MICHAUD Josyane	GAILLARD Nicolas	MATTATIA Laurent
BIRON-ANDREANI Christine	COLIN Olivier	GALMICHE Sophie	MEROUEH Fadi
BLANC Brigitte	CONSEIL Mathieu	GENY Christian	MEYER Pierre
BLANCHARD Sylvie	CORBEAU Catherine	GERONIMI Laetitia	MILESI Christophe

MORAU Estelle	SEGURET Fabienne
MOSER Camille	SENESSE Pierre
MOUSTY Eve	SKALLI El Medhi
MOUTERDE Gaël	SOLA Christelle
PANSARD Nicole	SOULLIER Camille
PERNIN Vincent	STOEBNER DELBARRE Anne
PERRIGAULT Pierre François	TEOT Luc
PEYRON Pierre-Antoine	THIRION Marina
PICARD Eric	VACHIERY-LAHAYE Florence
PICOT Marie Christine	VERNES Eric
PIERONI Laurence	VINCENT Laure
POQUET Hélène	WAGNER Laurent
PUJOL Sarah-Lise	ZERKOWSKI Laetitia
PUPIER Florence	
QUANTIN Xavier	
RAFFARD Laurence	
RAPIDO Francesca	
RIBRAULT Alice	
RICHAUD-MOREL Brigitte	
RIDOLFO Jérôme	
RIPART Sylvie	
RONGIERES Michel	
ROULET Agnès	
RUBENOVITCH Josh	
SANTONI Fannie	
SASSO Milène	
SCHULDINER Sophie	



## ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

### PERSONNEL ENSEIGNANT

---

---

#### Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

## Remerciements

### **Aux membres de mon jury**

**Au Dr François Carbonnel**, merci pour ta pédagogie, ta patience et ton implication dans notre thèse alors que tu étais tellement sollicité, on ne peut qu'admirer la passion que tu mets dans ton travail universitaire.

**Au Pr Michel Amouyal**, merci pour ta gentillesse et la confiance que tu plaçais en moi en tant que maître de stage, ça a été un vrai plaisir pour moi de passer ces 6 mois de SASPAS dans ton cabinet, où tu savais y garder une ambiance chaleureuse.

**Au Pr Pascal Perney**, merci de nous avoir confié à Aude et à moi ce travail de thèse sur une application dans laquelle vous vous êtes beaucoup impliqué. Merci également d'avoir pris le temps d'être notre président du jury alors que vous étiez invité à un congrès, probité dont vous n'étiez pas obligé de faire preuve et que je ne peux que grandement estimer.

**Au Dr Nicolas Langendorfer**, merci d'avoir pris le temps de faire partie de mon jury, je n'ai pas eu l'occasion de bien te connaître mais j'ai pu savoir de source sûre que tu étais quelqu'un de compétent et de particulièrement agréable à fréquenter au travail comme en dehors !

**A Aude**, Co-thésarde dévouée, ça a été un plaisir de travailler avec toi, toujours souriante, agréable et tellement plus efficace, méticuleuse et assidue que moi ! Félicitations pour ta thèse, tu mérites bien ton titre de docteur.

**Aux médecins qui ont participé aux entretiens** et dont je tairais le nom par soucis de l'anonymat qu'on leur a promis ; merci d'avoir pris le temps de nous recevoir et de répondre à nos trop nombreuses et redondantes questions – et désolé d'avoir sciemment menti en vous annonçant que l'entretien n'allait durer que 40 minutes !

## **A ma famille**

A **mes parents** adorés, qui ont mis tant d'efforts à tenter de m'éduquer correctement avec si peu de résultats. Toute ma vie j'ai pu avoir la certitude de votre amour inconditionnel et cela fait de moi le fils plus chanceux du monde. Vous avez toujours été là pour moi, merci de m'avoir donné tout ce dont j'ai toujours eu besoin pendant ces longues études. Merci de m'avoir transmis votre passion pour la musique (même si maintenant vous devez vous en mordre les doigts en entendant ce que j'écoute !) À **mon Pôpa** qui m'a légué la plupart de ses défauts mais heureusement aussi je crois, beaucoup de ses qualités, merci de m'avoir inculqué ton sens de l'humour - qui est probablement la raison pour laquelle j'ai tant d'amis que je ne mérite pas ! À **ma Mômman**, qui a su se montrer patiente quand j'étais un enfant siii difficile, merci d'avoir été pour moi un modèle de gentillesse et d'écoute des autres.

A mes deux petits frères, **Dav** et **Thib** que j'ai tant maltraité, dont les visages faisaient de si bon freins de luge et pour qui j'espère avoir été au moins parfois un grand frère sur qui vous pouviez compter. Je vous aime et suis si fier de vous deux, vous êtes maintenant des exemples pour moi, par le courage que vous déployez dans vos projets de vie et par le sérieux et l'engagement et que vous mettez dans tous ce que vous entreprenez.

A **Jojo** et **Jeanne**, les meilleures belles-sœurs qui rendent mes frangins si heureux ; à caractère si différents mais aussi adorables l'un que l'autre

A ma **grand-mère** qui m'a toujours chouchouté et pourri-gâté, merci pour toutes les petites (et grandes !) choses que tu t'es toujours démené de faire pour moi, je sais que tu es fière de ton petit-fils à présent ! A mon **grand-père**, tout aussi généreux et dévoué (quand on te demande les choses gentiment !).

A ma cousine **Marine**, que de bons souvenirs avec toi à explorer des temples perdus et à jouer les magiciens, je regrette de ne plus te voir autant qu'avant – la distance ne facilitant rien ! Je suis fier d'avoir une cousine comme toi, drôle et pleine de talents musicaux (et autres !) !

A ma tata **Nanou**, toujours égale d'humeur, drôle et généreuse, tu donnes toujours le sourire, surtout par tes fameuses vidéos d'anniversaire, où l'on y peut déceler tant de talent et d'appétence artistique !

Et à **Norbert, Jean Pierre, Manu, Sophie, Stéphane, Hélène**, ma chère famille dont je ne prends pas assez le temps de prendre des nouvelles, ingrat que je suis !

### **A ma belle-famille**

**Anne et Dominique**, merci de m'avoir toujours si bien accueilli dans votre famille, je m'y suis vite senti à l'aise et c'est grâce à votre gentillesse, votre humour et votre enclin à toujours être de mon côté quand il s'agit de se moquer de Marie !

**Jacky et Antoinette**, merci d'avoir tant transmis à votre petite fille chérie, Jacky pour sa rigueur et son inflexibilité qui la rendent si redoutable et Antoinette pour sa velléité à porter le poids du monde sur ses épaules et à se préoccuper des autres avant elle-même.

**Aude**, belle-sœur de l'autre bout du monde, si chère et source de fierté pour Marie

A **Jean-Pierre**, premier à m'appeler « cher confrère », tu as participé à me transmettre l'envie de devenir médecin tant tu as exercé ce métier avec passion et dévouement – et à **Geneviève** sans qui ce dernier se serait probablement tué au travail, merci pour ta gentillesse et ta bienveillance.

**A mes amis du lycée** (voire du collège pour certains), la fine équipe qui a rendu ces années d'insouciance si inoubliables

**Mickaël**, le meilleur coloc' que l'on puisse imaginer ! Tu m'as d'abord épaté par tes talents de gymnastes (talent que nous partagions évidemment) pour devenir l'un de mes meilleurs amis, merci pour ces folles années de vie commune à se tirer vers le bas à la moindre occasion dans nos études respectives (on bosse à l'appart cet aprèm ??). Jusqu'au bout nous serons ensemble, vu qu'après tout, nos rêves se ressemblent – il faut dire surtout que les problèmes rassemblent...

**Juliette**, si belle découverte, de sourire si communicatif, merci de rendre Micka si heureux !

**Mathieu**, ma vieille caille, mon plus vieil ami en date, so f\*\*\*ing american and successful, mais avant tout mon guitariste préféré qui n'a jamais su utiliser son petit doigt ! Tu es si loin mais c'est toujours si cool de te retrouver ;

**Benoit**, à l'esprit aussi fin que l'humour digne d'inspiration ; tu m'auras fait découvrir tant de folles expériences. (Mange un œuf).

**PH**, le boss du collège, le danseur aux 4 coins du monde, toujours prêt à faire les pires conneries possibles pour peu qu'on lui en susurre l'idée à l'oreille.

**Justin**, le sérieux (quand il faut !), le réfléchi, le sportif mais sur qui l'on peut aussi bien compter pour se tailler de bonnes tranches de franches rigolades dans un esprit de camaraderie joyeuse ahah.

**A mes amis de Lyon**, de l'externat et d'autres horizons.

**Eloi**, j'espère que tu n'as pas mal pris que le titre de meilleur coloc' ait été discerné à Micka ! C'est juste que dans mes souvenirs tu resteras plus comme la créature qui dormait dans notre salon, recherché désespérément par ses propres collocs' ! Je t'aime mon très cher témoin et ami, merci pour toutes ces années où l'on passait tout notre temps ensemble (ça me manque un peu parfois je dois dire !)

**Margaux**, adorable et courageuse globe trotteuse, et amie précieuse avant d'être une source de bonheur pour la créature susmentionnée ;

**Florent**, surprise dans ce paragraphe je ne vais pas t'insulter (par pudeur bien sûr). A la place je vais plutôt pour une fois faire hommage au fait que tu sois un ami inestimable et le plus drôle et le plus dégénéré de tous.

**Caro**, qui après tout je le sais ne me déteste pas autant que tu aimerais me le faire croire ! Merci de m'accueillir à chaque fois et de supporter l'occupation de ton salon des journées entières par nos régressions profondes.

**Nicolo**, toujours motivé pour tout (sauf pour mettre de la ponctuation dans ses SMS), ami fidèle et généreux - et je ne dis pas ça simplement parce que tu as une belle piscine ! Merci d'avoir lancé le mouvement d'exode à Montpellier

**Pierrot**, déjà un daron avant l'arrivée de **la Bavouille** - cela dit tu as fait du chemin quand pense à certains souvenirs de toi à l'Ayers Boat pendant tes années de gloire ! Maintenant docteur quasi-installé respectable et respecté et toujours un ami complice et dévoué ;

**Mathieu D**, tellement il est beau tellement il est parfait tellement il est chauve - je pourrais dire « tellement je l'aime » aussi mais après je peux pas le dire à tout le monde non plus, on va en venir à se poser des questions et puis ça va faire des jaloux... Merci pour ce fameux surnom que tu m'as trouvé et qui me sied si bien partout où je vais depuis ;

**Tristan**, merci pour ces heures perdues (dont je tairai le nombre) ensemble (plus ou moins virtuellement) et ces cris de mouettes dont tu as le secret. Tellement cool que tu aies enfin emménagé si près de chez nous !!

**Foucauld**, la petite chèvre savante, merci de m'avoir enseigné le RES-pect de soi, pour ses pauses pizzas si savamment améliorées à l'huile et au piment, pour ses défis thaïlandais épicés et ce perpétuel challenge dans la débilité que tu m'offrais.

**Angélique**, à la tolérance à la débilité susmentionnée nécessairement immense, grosse geek assumée (si seulement Marie pouvait l'être autant que toi !) et si encline à enrichir les playlists de soirée avec de la grande Musique dont elle seule sait apprécier la finesse et la complexité

**Lulu la Déconne**, pleine d'humour et de fun, cultivée, toujours le sourire quand on lui fait des vannes aussi lourdes soient-elles

**Lucas**, mon bel artiste torturé, complètement fou à ses heures, puits de science et talentueux musicien ; je suis heureux que tu aies enfin le bonheur que tu mérites avec **Adèle** ;

**Benji**, toujours bon délire, au flegme inégalé, fervent défenseur des huiles essentielles de jojoba et de l'homopathie

**Riton**, - dit Ahrrrrrhi - il est PÔ ! Merci pour ta bonne humeur inaltérable ;

**Guigui**, grand philosophe torturé à ses moments, sachant bien éteindre son cerveau à d'autres ;) )

Et à **Théau, Alice, Mathieu R, Amélie, Laura, Edouard**, de la team du Chat, qui ont contribué à ce que, de ces années de préparation de l'ECN, ne me resteront que de superbes souvenirs !

### **A mes amis Montpelliérains**

**Bastien**, si rageant tellement il brille systématiquement dans tout ce qu'il fait ; le meilleur boss final que l'on puisse espérer à son EVG !

**Marielle**, pour ta capacité à propager sourire, joie et papillons autour de toi en toute circonstance (« c'est beaaaaaauuuuu !! ») et surtout si bon public pour mes traits d'humour les plus nazes, quelle bonne amie tu fais !

**Pierre Germano**, qui partage avec moi beaucoup de passions, ainsi que les mêmes propensions à la procrastination pathologique et à être complètement largué dès qu'il faut organiser ou prévoir quelque chose (et ça, ça fait plaisir)

**Clément Germano**, distributeur d'intelligence en barre, heureusement que tu es là pour m'empêcher de devenir un adulte responsable trop vite

**(Jean-) Kévin**, notre beauf national préféré, qui on le sait n'en es pas un - soi-disant que c'est la faute à notre mauvaise influence sur lui - tellement plus capable de finesse et de subtilité qu'on ne saurait lui deviner la première qu'on le voit hurler au babyfoot à l'internat de Perpi ; chauffeur nocturne de l'extrême et DJ infatigable ;

**Valentine** – dit la grosse Fehr, si prompt à s’auto affubler de tous les noms d’animaux possible - et c’est en partie pour ça que je l’adore ;

**Jojo**, dont l’esprit et le sourire en font une si bonne amie, indépendamment de sa capacité à supporter le Nicolo susmentionné (soulignons-le pour une fois !)

**Concon**, my gaaahd si belle-gosse avec sa maison flambant-neuve avec piscine creusée et son chat qui va bientôt pouvoir bouffer Souk et Romy en casse-croute !

**Clément B**, bâtisseur de la maison susmentionnée, l’homme à tout faire que toute femme désire secrètement, si impitoyable adversaire aux jeux de boissons (ne restez pas dans les parages quand il plante sa voiture dans la neige par contre)

**Marie Larigoleuse**, aussi altruiste et ouverte d’esprit qu’acrobate aux heures les plus tardives

**Séverin**, la star incontestée des Karaoké, si charismatique qu’on a toujours envie de le suivre jusqu’au bout de la nuit ;

**Carine**, toujours en vadrouille aux quatre coins du monde celle-là ! Tes talents de chanteuse nous manquent affreusement, reviens vite !

**Blanche**, pour sa patience à m’expliquer la différence entre le fenouil et le céleri, qui fait d’elle une si bonne maman pour le **Monsieur Baggy** qu’on aime tant

**Pierre D** petit Auvergnat parti trop tôt, tu seras regretté à présent, depuis ta terre natale lointaine où ils ne connaissent ni électricité ni internet – bon je dis ça, mais on sera quand même tellement heureux de venir y fêter ton mariage avec **Paupau**, j’ai trop hâte !

**Micka**, infatigable partenaire de soirée comme de geekage malgré son aversion pour le prolétariat et le fromage !

**Gab**, inarrêtable quand il est lancé (avec le bon carburant), dont l’entrain pour tout force le respect

**Tibère**, toujours partant et de tempérament si plaisant, ex-bodybuilder mais toujours sportif de l’extrême !

**Charlotte**, merci pour tes bons conseils et le temps et que tu as pris pour nous,



**A Marie**, mon bébé, ma petite merveille, t'épouser a été la meilleure décision que j'ai prise dans ma vie ; je t'admire pour ton courage, ta loyauté, ta rigueur et ta force de volonté. Tu es également ma meilleure amie, tant tous les moments passés avec toi sont magiques, que ce soit en voyage à l'autre bout du monde, en plein trek dans les pires conditions ou dans la routine du quotidien que tu embellis chaque jour. Tu fais de moi quelqu'un de meilleur de jour en jour.

Je t'aime, merci.

## Table des matières

<b>INTRODUCTION</b> .....	2
MATERIEL et METHODE.....	5
<b>Présentation de l'application MyDéfi</b> .....	5
<b>Design de l'étude</b> .....	8
<b>Sélection des participants</b> .....	8
<b>Élaboration du guide d'entretien</b> .....	9
<b>Recueil des données</b> .....	10
<b>Analyse des données</b> .....	11
<b>Bibliographie</b> .....	11
<b>Considérations éthiques</b> .....	11
Résultats.....	12
<b>Description de l'échantillon</b> .....	12
<b>Émergence des thèmes principaux</b> .....	13
<b>DEFINITION DE LA PLACE DE L'APPLICATION DANS LA PRATIQUE MÉDICALE</b>	16
<b>L'INCONNUE DE LA RÉCEPTION DE L'APPLICATION PAR LES PATIENTS</b> .....	37
DISCUSSION .....	54
<i>Résultats principaux et comparaison avec la littérature</i> .....	54
<i>Forces et limites de l'étude</i> .....	59
<i>Perspectives de recherche</i> .....	61
Références bibliographiques : .....	62
Annexes .....	68
<b>RÉSUMÉ</b> .....	Erreur ! Signet non défini.

## INTRODUCTION

Le trouble de l'usage de l'alcool (TUA) est un problème extrêmement prévalent en soins primaires. Il s'agit de la deuxième cause de mortalité évitable après le tabac en France. En 2015, 41 000 décès ont été estimés être attribuables à l'alcool soit 11% des décès chez les hommes et 4% des décès chez les femmes (1). D'après les données du Baromètre Santé de 2017, 10% des français de 18 à 75 ans consommaient de l'alcool de façon quotidienne et 40% déclaraient en consommer au moins une fois par semaine (2). Les coûts sociaux imputés au TUA étaient estimés en France à 120 milliards d'euros (3).

Le TUA est la cause directe d'un nombre important d'accidents, de maladies aiguës et de maladies chroniques et pour la majorité de ces complications, la toxicité de l'alcool est dose-dépendante (4). En effet, le risque absolu de décéder d'une maladie imputable à l'alcool augmente avec une consommation d'alcool quotidienne supérieure au seuil de 10g par jour. Une réduction de la consommation au seuil de 10g/J (= une unité internationale) permettrait de limiter le risque de décès lié à l'alcool (5).

Bien que l'abstinence soit l'objectif thérapeutique le plus souvent préconisé pour les patients dépendants (6) et souvent ancré dans l'esprit des soignants (7,8), une diminution des risques liés à la consommation d'alcool peut être obtenue par le biais d'une réduction des quantités consommées en dessous des seuils de risque (5,7,9).

De plus, la morbi-mortalité est aggravée par deux facteurs : d'une part, un délai important (en moyenne 10 ans), entre le moment du diagnostic et le début de la prise en charge (10); d'autre part, un faible pourcentage de malades pris en charge, de 10 à 20 % selon les pays dans lesquels cela a été évalué (11).

Plusieurs études ont cherché à mettre en évidence les raisons amenant les patients ayant un TUA à retarder ou à refuser l'entrée dans une démarche de soins. Parmi les obstacles les plus souvent avancés, on note le déni de la pathologie, le souhait de se prendre en charge seul, des perceptions individuelles négatives des prises en charge proposées : appréhension du format en groupes de paroles, peur de la stigmatisation, mais aussi de l'inefficacité de la démarche, et le désintérêt pour un objectif d'abstinence (12–14).

Par exemple, aux Etats-Unis en 2016, d'après la SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration), 21 millions de patients ne sont pas pris en charge pour des troubles liés à l'usage de drogue dont l'alcool. Environ 30% d'entre eux seraient en refus

de soins parce qu'ils ne sont pas prêts à arrêter complètement leur consommation (15). Ainsi, cette stratégie de réduction à une consommation contrôlée permet d'inclure davantage de patients dans une démarche de soins, notamment ceux qui ne sont pas prêts à envisager une abstinence et prend en compte les objectifs individualisés des patients selon leur stade de motivation et leur vécu de la problématique (7,16,17).

Le repérage des TUA en population générale est donc nécessaire afin de pouvoir proposer ensuite une modification de la consommation en dessous des seuils de risque pour en diminuer la morbidité et limiter l'évolution vers la dépendance. L'intervenant de première ligne en santé publique est le médecin généraliste. En effet, en France, chaque année les médecins généralistes entrent en contact avec environ 80% de la population française (18) ce qui fait d'eux des acteurs idéaux pour un repérage de masse. Selon la SFA, le repérage et la réévaluation régulière d'un éventuel TUA doivent faire partie intégrante de leur rôle. (6)

Le Repérage Précoce et l'Intervention Brève (RPIB) représente une possibilité de prise en charge des patients avec un TUA en médecine générale. Cette stratégie a démontré son efficacité dans plusieurs méta-analyses en s'accompagnant en particulier d'une diminution de la consommation moyenne d'alcool (19–21), ainsi que d'un bénéfice économique, avec un rapport estimé coût-bénéfice sociétal nettement positif du fait d'un recours significativement moindre aux soins secondaires, de la diminution des actions en justice et des accidents de la voie publique (22).

Néanmoins, le repérage des TUA par les médecins généralistes ne parvient pas à se généraliser en France (23). Il semblerait que ceux-ci sous-estiment l'importance et l'impact de la consommation alcoolique de leurs patients (24). Dans deux études observationnelles interrogeant des patients issus de la population générale, la grande majorité des patients déclaraient ne pas avoir été interrogés sur leurs consommations d'alcool dans les douze derniers mois. (25). De plus, même quand ce repérage est effectué, les médecins ont souvent tendance à sous-estimer le caractère à risque de la consommation (26–28). Plusieurs études (29,30) ont ainsi évalué les raisons de cette difficulté de généralisation. Parmi les facteurs limitants régulièrement relevés : le manque de temps à consacrer aux TUA, le manque de formation spécifique, le sentiment d'impuissance en cas de repérage positif, le doute quant à l'impact de leur intervention sur la consommation, le manque d'outils et de solutions à proposer aux patients, les difficultés à aborder la question de la consommation d'alcool avec la patientèle (peur d'être intrusif), le manque de rémunération. De plus, la faisabilité et l'efficacité du RPIB

réalisé de façon systématique en médecine générale libérale sont parfois remises en cause (31,32).

Devant ces nombreuses barrières, il semble nécessaire de proposer de nouvelles solutions pour favoriser le dépistage et améliorer la prise en charge de patients avec un TUA (29,33). Une des réponses possibles pourrait être de proposer aux patients une intervention grâce à une application mobile. En effet, les téléphones portables sont de plus en plus intégrés à la vie quotidienne. En 2020, 84% des français de plus de 12 ans possédaient un *smartphone* d'après l'enquête du Baromètre du Numérique 2021 (34). Par leurs biais, de nouvelles propositions émergent pour aider à la prise en charge médicale de patients via des applications dédiées (35).

L'outil numérique semble particulièrement intéressant dans le suivi et l'accompagnement des pathologies chroniques comme par exemple dans la prise en charge des patients atteints de Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) (36–38), des patients diabétiques (39,40) ou encore dans la prise en charge de pathologies psychiatriques (41). En addictologie, l'outil numérique (sites internet, applications web ou sur mobiles, e-mails récurrents avec bibliothérapie) a une efficacité démontrée, modérée mais significative sur la consommation des patients (diminution de 22-23g par semaine) (42,43). Plus spécifiquement, les applications sur *smartphone* ont encore été peu étudiées en terme d'efficacité, mais certaines tendent à montrer de bons résultats (44).

De plus, les interventions utilisant un téléphone ou un ordinateur permettent de proposer un soin à des personnes qui, en dehors de ce cadre, n'auraient pas accepté d'être suivies (45,46). Enfin, ce type d'intervention pourrait concerner des patients n'ayant pas accès à certaines structures de soin, et donc contribuer à diminuer les inégalités d'accès aux soins (38).

Une application nommée MyDefi a récemment été développée en français. Cette application a pour objectif d'aider l'utilisateur à diminuer sa consommation d'alcool en lui proposant un accompagnement sur douze semaines. Elle pourrait être proposée au patient par l'intermédiaire des médecins généralistes, toutefois son potentiel d'utilisation dépend de la vision que peuvent en avoir ces derniers.

L'objectif de ce travail de thèse était de comprendre les motivations et les freins des médecins généralistes quant à l'utilisation de l'application MyDéfi comme outil dans la prise en charge des patients présentant un TUA. L'objectif secondaire était d'apporter des pistes d'amélioration pour des versions futures de l'outil MyDéfi.

## **MATERIEL et METHODE**

### **Présentation de l'application MyDéfi**

MyDéfi est une application mobile destinée à aider l'utilisateur à réduire sa consommation d'alcool. Elle a été développée entre 2015 et 2018 par l'équipe d'addictologie du CHU de Nîmes dirigée par le Pr PERNEY, en collaboration avec l'agence Troa (agence de communication digitale montpelliéraine). Elle est disponible sur Android et IOS au prix unitaire de 4,99 euros.

Une fois installée, l'utilisateur crée un profil en renseignant son nom ou pseudonyme, son genre, son année de naissance et ses consommations sur les 7 derniers jours. Aucune autre donnée personnelle ni aucune procédure d'inscription n'est requise, les données ne sont donc pas conservées et restent anonymes.

L'application propose un accompagnement sur 12 semaines pendant lesquelles elle incite l'utilisateur à consigner sa consommation d'alcool via des notifications quotidiennes, en distinguant les verres consommés en débit de boisson de ceux consommés à domicile ou chez un proche (considérés comme plus dosés en alcool). Le patient peut ainsi suivre l'évolution de sa consommation représentée par des diagrammes, ce qui constitue déjà en soi une des bases de la Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC) ayant pour but la réduction de consommation d'alcool (6).

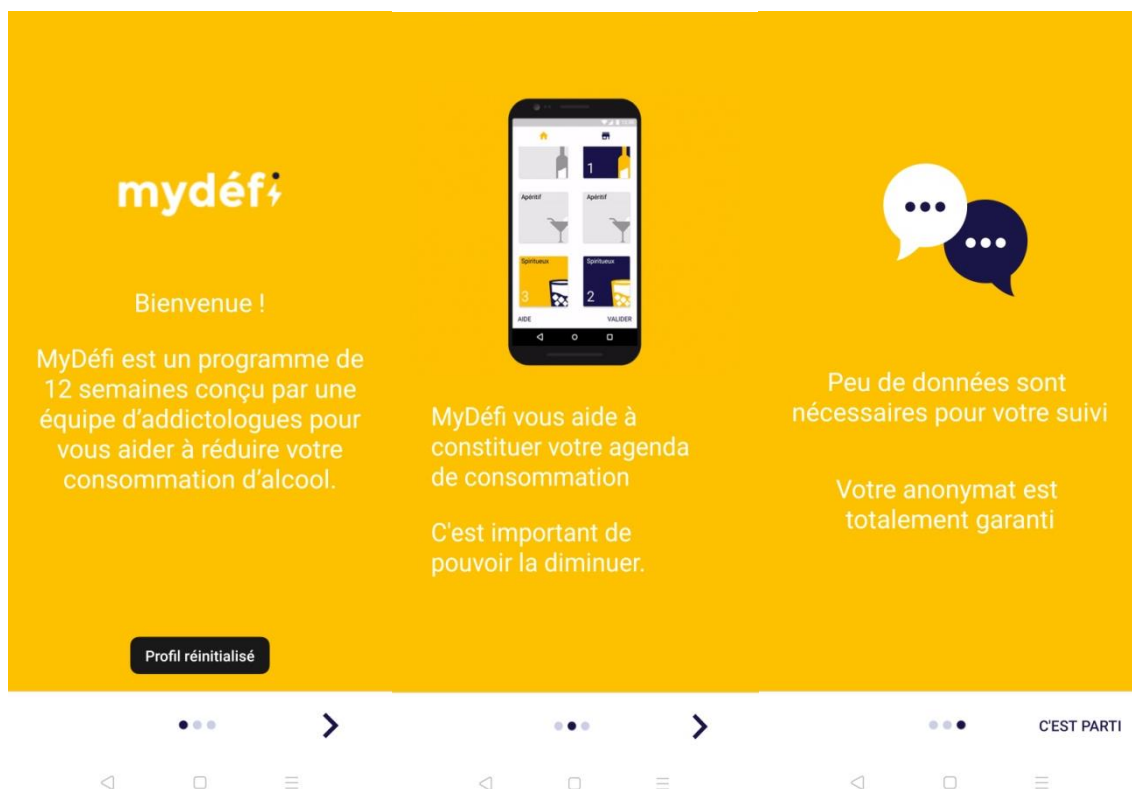
Par le biais d'un algorithme, l'application diffuse quotidiennement des conseils personnalisés selon l'évolution des consommations de l'utilisateur et adaptés à la chronologie du programme. Ces messages reposent sur des techniques validées de prise en charge en addictologie telles que la TCC (47,48), l'entretien motivationnel (49), ou des extraits ciblés de bibliothérapie (45,50,51). Ils visent à :

- Faire prendre conscience de certains effets délétères à court terme de la consommation (fatigue, effets sur l'humeur etc.).
- Sensibiliser sur les effets bénéfiques attendus de la démarche de réduction.
- Renforcer la motivation de l'utilisateur et le sentiment d'efficacité personnelle,
- Proposer des pistes de réflexion pour modifier des schémas comportementaux.

L'utilisateur est alerté sur les signes de sevrage et les complications potentielles d'une diminution trop brutale des prises d'alcool. Un rythme progressif de diminution de 1 à 2 unités quotidiennes chaque semaine est préconisé.

L'application dispose également d'un onglet nommé « Ressources » (ou avant la dernière mise à jour : « Envies »). C'est un système de recours en cas d'envie de consommer qui propose diverses activités à entreprendre pour y faire face (techniques de relaxation, activité physique, ...). Le patient peut y consigner de nouvelles stratégies qu'il aura lui-même expérimentées, voire y recenser des comportements ou des situations à risque à éviter de façon préventive. Cette rubrique reprend le principe du coping, ou « stratégie adaptative », c'est-à-dire amener le patient à développer des conduites réflexes pour faire face au craving (52).

L'application MyDéfi a été présentée et agréée au congrès de la Société Française d'Addictologie ainsi que par la MILDECA (Mission Interministérielle de Lutte contre des Drogues et les Conduites Addictives).



Figures 1-2-3 : MyDéfi écrans d'accueil et de présentation du programme – Sources : captures d'écran



Figure 4 : Création du profil

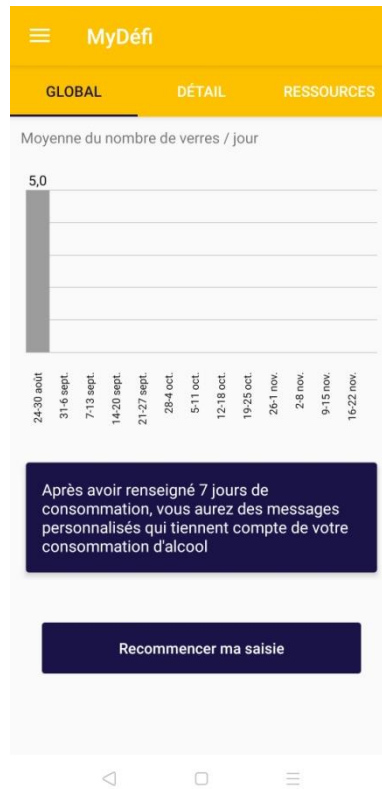


Figure 5 : Débuter en renseignant sa consommation sur 7 jours

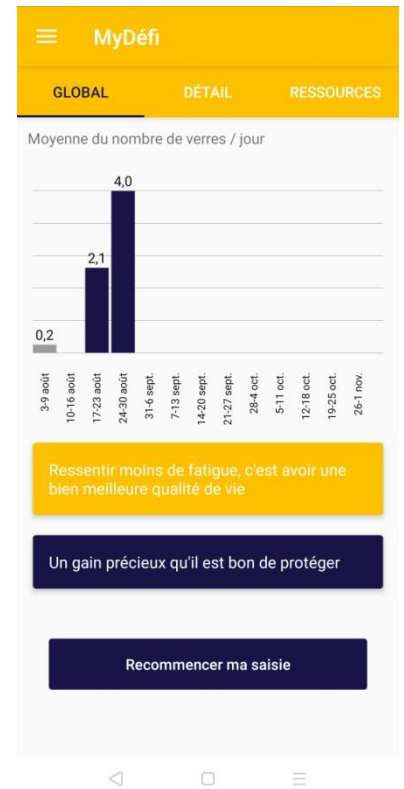


Figure 6 : Présentation globale des consommations par semaines



Figure 7 : Présentation des consommations en détail par jours



Figure 8 : Accueil de la rubrique « Ressources »

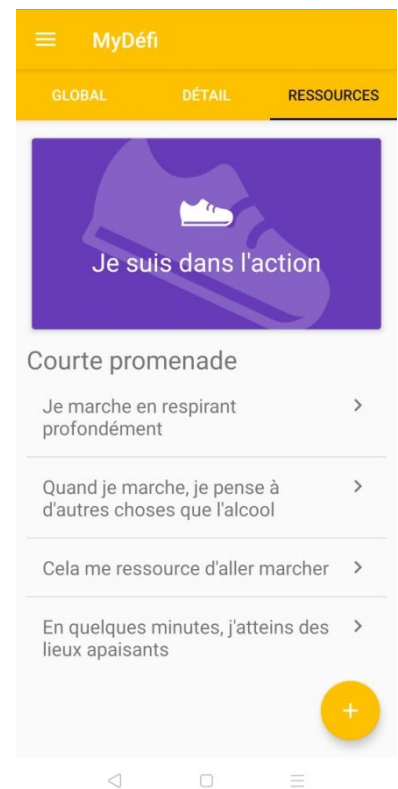


Figure 9 : Détail des stratégies proposées pour une catégorie



## **Design de l'étude**

Ce travail de thèse a été mené par deux internes de médecine générale, le projet d'étude leur ayant été proposé à tous les deux par le Pr Pascal PERNEY, chef de service du pôle d'addictologie au CHU de Nîmes.

Il a été choisi de mener une étude qualitative afin de recueillir les perceptions des médecins généralistes quant à l'utilisation potentielle de l'application MyDéfi dans la prise en charge de patients présentant un TUA. En effet, ce type d'étude permet aux participants (ici des professionnels de santé) de s'exprimer plus librement et de livrer leurs points de vue, leurs ressentis et leurs expériences de façon approfondie sans être orientés par des questionnaires, ce que ne permettrait pas une étude quantitative (53). Les réponses aux objectifs de l'étude reposaient sur des avis et des perceptions subjectives, non quantifiables, et tous les arguments devaient être pris en considération. De plus, s'agissant de la première étude recueillant l'avis des médecins généralistes sur l'application MyDéfi, le modèle qualitatif semblait plus adapté pour explorer au mieux tous les points de vue (54). Des entretiens individuels ont été organisés afin que chaque praticien puisse s'exprimer pleinement sans être influencé par d'autres confrères.

Ce travail de thèse est basé sur les critères COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research), validés pour les études qualitatives (55) (annexe 1).

## **Sélection des participants**

Les auteurs ont cherché à interroger un échantillon de médecins varié en termes d'âge, sexe, mode d'exercice (seul, en collaboration ou en MSP) et de milieu d'exercice (urbain, semi-urbain, rural). Des médecins, qui avaient suivi des formations spécifiques en addictologie, ont été volontairement inclus car c'est un facteur impactant les pratiques de repérages et de prises en charge et donc pouvant potentiellement influencer leurs perceptions quant à l'utilisation de MyDéfi (29,56). De même, il a été relevé si les médecins interrogés avaient déjà conseillé des applications mobiles à leurs patients, car ce facteur est un paramètre pouvant influencer les avis sur les applications mobiles dans le domaine de la santé (57,58).

Pour être inclus, les médecins devaient avoir terminé leur internat de médecine générale et exercer (au moins partiellement pour les médecins remplaçants) dans les départements de l'Hérault ou du Gard, par proximité géographique des lieux de résidence et de stage des auteurs.

Parmi les dix-sept médecins ayant participé à ce travail de recherche, huit médecins installés ont été recrutés par connaissance professionnelle et trois médecins remplaçants par connaissance personnelle des deux étudiants thésards. Trois médecins ont été recrutés via les pages jaunes et trois autres médecins sur recommandation du Pr PERNEY et du Dr PELLETIER, médecins addictologues rattachés au CHU de Nîmes.

Neuf médecins contactés par les auteurs n'ont pas donné suite au mail qui leur avait été envoyé, un médecin a refusé par manque de disponibilité et un médecin a été exclu de l'étude car exerçant au moment de celle-ci dans une autre région. Trois médecins contactés directement par téléphone via les pages jaunes ont refusé de participer, l'un évoquant un manque de temps et les deux autres sans donner de justification.

Pour chaque médecin recruté, un premier contact téléphonique ou par courriel était établi pour présenter l'objectif de l'étude et recueillir leur consentement (oral ou par retour de mail) à y participer ainsi que les renseignements concernant les caractéristiques individuelles précédemment évoquées. Il a été décidé de n'interroger qu'une faible proportion de médecin remplaçant exclusif (non installé) car la population des médecins remplaçants est moins variée sur le plan de l'âge, constituée majoritairement de jeunes médecins. De plus, les médecins remplaçants ont par définition moins l'occasion de suivre les patients à moyen et long terme, or l'utilisation de cette application repose sur un suivi de plusieurs semaines. Il paraissait néanmoins important de recueillir des avis de médecins remplaçants afin d'avoir des points de vue plus variés, issus de pratiques diverses.

L'échantillon ainsi constitué de dix-sept médecins généralistes était donc varié, afin de permettre de collecter des opinions diversifiées et de dresser le tableau le plus complet possible sur les perceptions des praticiens quant à l'utilisation de MyDéfi. Le recrutement a pris fin une fois la saturation des données atteinte.

### **Élaboration du guide d'entretien**

Le guide d'entretien (annexe 2) a été élaboré par les deux auteurs, validé par le Dr CARBONNEL (directeur de thèse) et le Pr PERNEY et testé en amont de l'étude lors d'entretiens « tests ». Il comprenait les différents thèmes à aborder avec d'éventuelles relances à chaque question afin de répondre de façon complète et précise à l'objectif de l'étude. L'ordre et la formulation des relances pouvaient varier en fonction de ce qui avait été dit afin de garder

une certaine dynamique lors de l'entretien et de favoriser la spontanéité du discours des médecins interrogés.

La première partie ouvrait la discussion sur les habitudes d'exercice des praticiens en matière de repérage, de prise en charge des TUA et d'utilisation d'applications mobiles puis sur leurs attentes vis-à-vis de l'application. Après la visualisation d'un film de démonstration de l'application commenté par l'auteur menant l'entretien ainsi qu'une brève manipulation de l'application directement sur son téléphone, une deuxième discussion s'articulait autour de leurs opinions et ressentis quant à l'utilisation de celle-ci dans leur pratique et son impact éventuel. S'agissant de la première étude concernant MyDéfi et afin de contribuer à son développement, nous avons également cherché à connaître leurs avis sur son ergonomie et son design, ainsi qu'à recueillir des propositions pour des versions futures.

### **Recueil des données**

Les données ont été collectées entre septembre 2020 et mai 2021 lors d'entretiens semi-structurés se déroulant dans les cabinets de consultation pour quatorze d'entre eux et au domicile des médecins généralistes interrogés pour trois d'entre eux. Au début de la rencontre, les participants étaient informés que l'entretien serait enregistré par *Smartphone*, qu'ils pourraient arrêter l'entretien à tout moment, choisir de répondre ou non aux questions et que l'anonymat serait garanti.

Les entretiens débutaient par une brève présentation de notre étude et par le recueil des caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des participants quand cela n'avait pas été entièrement fait au préalable. La présentation de l'application précédant la démonstration sur téléphone était réalisée de façon protocolisée, identique à chaque entretien.

Ces entretiens, qui se déroulaient en présence de l'un des deux auteurs et d'un participant, ont été enregistrés à l'aide d'un *smartphone* pour permettre une transcription précise et associés à une prise de notes écrites permettant de recueillir des éléments de communication non verbale.

La durée des enregistrements variait de 23 à 52 minutes et les données ainsi recueillies comprenaient plus de 9 heures d'enregistrement, retranscrites sur 115 pages de traitement de texte.

## **Analyse des données**

Les entretiens ont été retranscrits en verbatim par les auteurs sur le logiciel de traitement de texte Microsoft Word® Office Standard 2016, version 1902. La retranscription était réalisée dans les jours suivant l'entretien par l'auteur qui l'avait mené, afin de pouvoir traduire le plus fidèlement possible les éléments verbaux et non-verbaux. Tous les éléments d'identification (noms, lieux) étaient supprimés afin de garantir l'anonymat des participants et l'identité des médecins était remplacée par un numéro correspondant à leur ordre d'inclusion et une lettre correspondant à l'auteur ayant réalisé l'entretien.

Une analyse thématique a été utilisée pour identifier et extraire les thèmes qui répondaient à la question de recherche de façon manuelle, sans l'aide de logiciel spécifique. Chacun des deux auteurs a analysé de son côté l'ensemble du verbatim et développé un ensemble de thèmes et de sous-thèmes. A chaque fois qu'un nouveau thème émergeait, l'ensemble du verbatim était relu afin d'y incorporer toutes les données possibles.

Une fois l'ensemble des retranscriptions analysé par les deux auteurs, une rencontre était organisée entre le directeur de thèse et les deux auteurs afin de croiser les analyses, de permettre une triangulation des données et d'améliorer la validité des résultats (59,60).

Il s'agissait pour les deux étudiants thésards de leur premier travail répondant à une méthodologie qualitative.

## **Bibliographie**

La recherche bibliographique s'est effectuée principalement via les plateformes internet PubMed, Sudoc et JMIR, ainsi que via la bibliothèque universitaire.

## **Considérations éthiques**

Avant d'accepter de participer, tous les médecins généralistes recrutés ont été informés de la nature de ce projet de thèse et ont donné leur consentement oral ou par retour de mail préalablement aux entretiens. D'après la loi Jardé, ce travail de recherche relève de la catégorie 3 de Recherche Impliquant la Personne Humaine (RIPH3), car c'est une recherche non interventionnelle.

## Résultats

### Description de l'échantillon

L'échantillon était constitué de 8 femmes et de 9 hommes ; 4 appartenaient à la tranche d'âge de 25 à 35 ans, 3 de 35 à 45 ans, 6 de 45 à 55 ans, 3 de 55 à 65 ans et 1 de plus de 65 ans. Parmi les 17 médecins ayant accepté de participer, 3 avaient suivi dans leur cursus une formation en addictologie et 8 avaient déjà prescrit ou conseillé des outils numériques à leurs patients.

	Tranche d'âge	Sexe	Mode d'exercice	Zone d'exercice	Formation en addictologie	Prescription d'outils numériques
A1	25 - 35	M	Remplaçant	-	NON	NON
A2	25 - 35	M	Remplaçant	-	OUI	OUI
A3	35 - 45	M	Cabinet de groupe	Densité intermédiaire	NON	OUI
A4	55 - 65	M	Cabinet de groupe	Densité intermédiaire	NON	NON
A5	45 - 55	F	Cabinet de groupe	Densité intermédiaire	NON	NON
A6	55 - 65	M	Cabinet de groupe	Densité intermédiaire	OUI	OUI
A7	45 - 55	F	Cabinet de groupe	Faible densité	NON	NON
A8	45 - 55	F	Cabinet de groupe	Densité intermédiaire	NON	NON
B1	65 - 75	M	Cabinet seul	Densité intermédiaire	NON	NON
B2	35 - 45	F	Cabinet seule	Densité intermédiaire	NON	OUI
B3	25 - 35	F	Remplaçante	-	NON	OUI
B4	55 - 65	M	Cabinet de groupe	Forte densité	NON	NON

B5	45 - 55	F	Cabinet seule	Faible densité	NON	OUI
B6	45 - 55	F	Cabinet seule	Densité intermédiaire	NON	NON
B7	45 - 55	M	Cabinet de groupe	Forte densité	NON	NON
B8	35 - 45	F	Cabinet de groupe	Densité intermédiaire	NON	OUI
B9	25 - 35	M	Cabinet de groupe	Densité intermédiaire	OUI	OUI

**Tableau 1: Description des médecins interrogés**

## Émergence des thèmes principaux

Lors de l'analyse de l'ensemble du verbatim, quatre thèmes principaux ont émergé en réponse à la question de recherche :

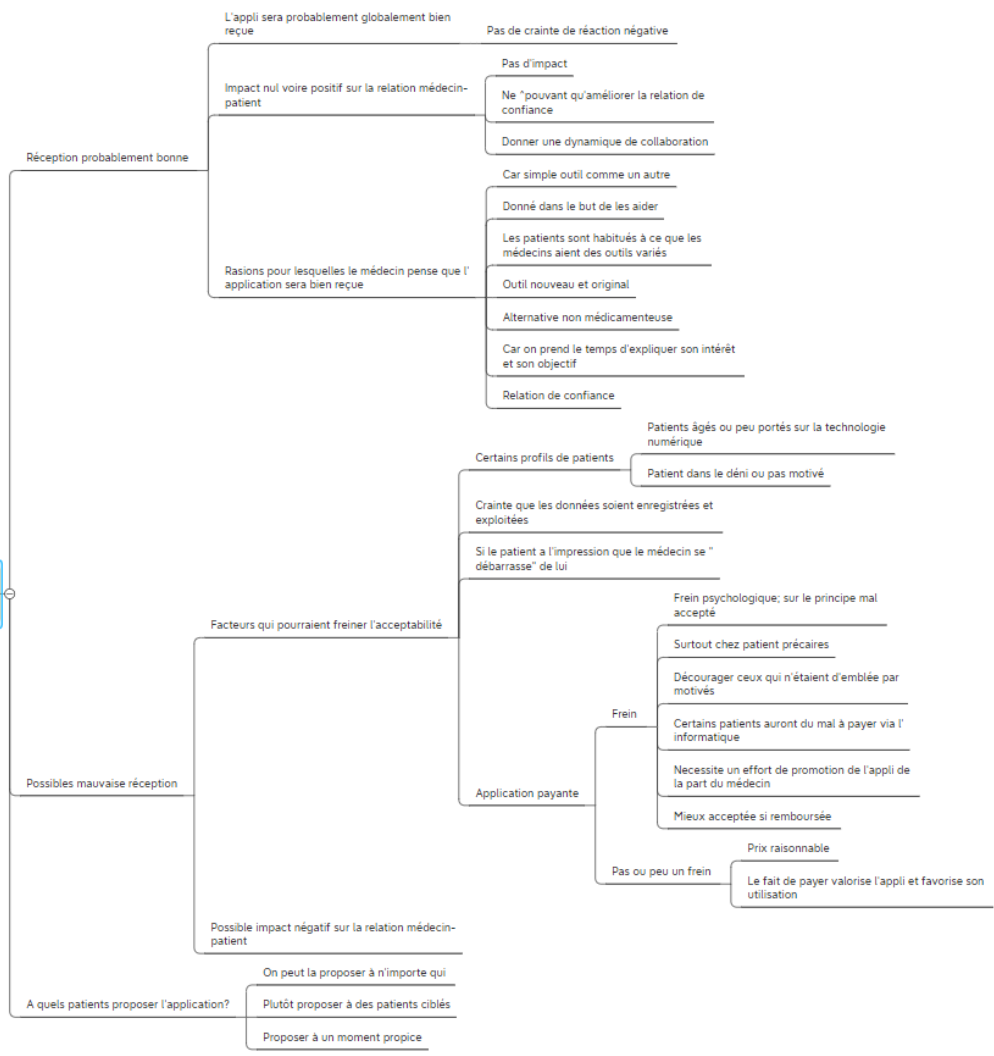
1. L'usabilité de l'outil
2. Le contenu expert de l'application
3. La place de l'application en pratique médicale
4. L'inconnue de la réception de l'application par les patients

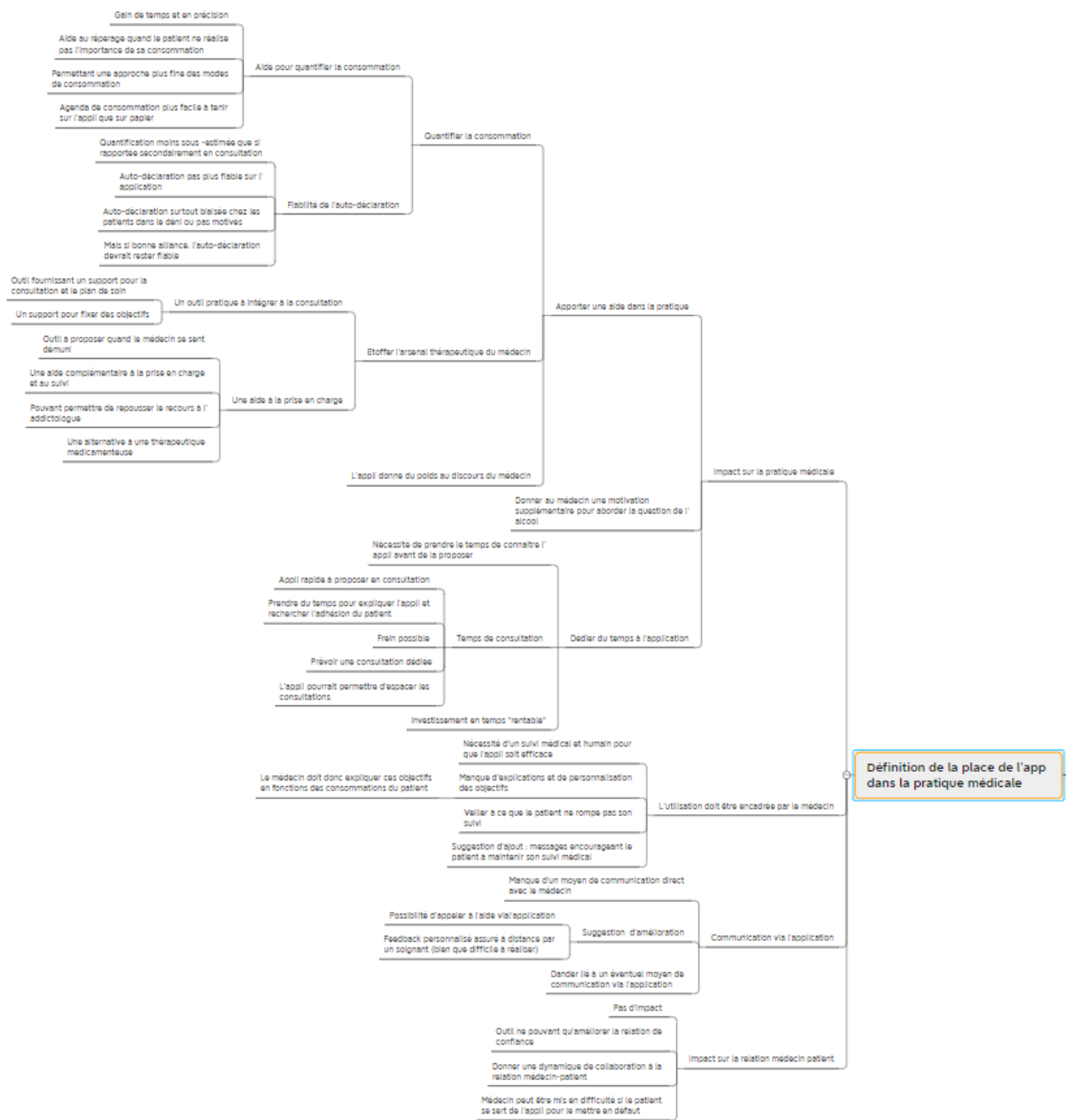
Les thèmes 3 et 4 seront développés ici, tandis que les thèmes 1 et 2 seront présentés et discutés dans le manuscrit de thèse d'Aude Falconet, intitulée « *Comprendre les motivations et les freins des médecins généralistes quant à l'utilisation de l'application MyDéfi comme outil dans la prise en charge des patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool - Focus sur : Usabilité et contenu de l'application* », qui sera soutenue le 8 décembre 2021 à la faculté de Montpellier.

**Arbre thématique :** (ne seront détaillées ici que les deux parties du présent focus)



**L'inconnue de la réception de l'app par le patient**







## DÉFINITION DE LA PLACE DE L'APPLICATION DANS LA PRATIQUE MÉDICALE

### I. Impact sur la pratique médicale

#### 1) Apporter une aide dans la pratique

##### A/ Quantifier la consommation des patients

#### Une aide pour quantifier la consommation

La plupart des médecins pensent que MyDéfi peut avoir un intérêt direct en consultation en **facilitant le repérage des consommations à risque** chez leurs patients.

Elle représenterait ainsi un **gain de temps** et un moyen de recueillir de façon **plus précise** les consommations déclarées des patients

- *A2 Donc MyDéfi je la trouve très bien pour ça : quand on va voir le patient en consultation, au lieu de perdre 20 minutes à retracer ces consommations de la dernière semaine et bien là j'ai du concret avec les diagrammes.*
- *B4 On pourrait le faire en papier c'est vrai mais c'est plus commode avec l'application. C'est comme je disais au début, je ne fais pas les questionnaires parce que j'ai la flemme de les faire parce que bon, ça me gave ! Mais s'il y a une application qui me le fait à ma place, moi ça m'arrange ça me fait gagner du temps, en plus il y a des traces...*
- *A5 [on demande l'impact que peut avoir l'appli sur sa pratique] Et bien ça faciliterait vraiment l'interrogatoire ! Puisque quand on demande à un patient combien il consomme, c'est souvent difficile à obtenir en termes de grammes d'alcool réels. Donc s'il remplit ça, la première tâche est effectuée ! On pourra vraiment bien mettre en évidence que « Là monsieur, vous consommez beaucoup trop ! ». C'est plus facile à mettre en évidence...*
- *B9 Ah ben... oui, complémentaire par exemple sur l'évaluation de la consommation euh... je demande au patient... Quelles sont les quantités consommées en ce moment,*

*mais le patient me dessine pas un graphe très précis, il va me dire « en ce moment je suis entre deux demi et une bouteille de vin le soir ». Voilà. Donc euh, après si on a un graphe précis avec les unités d'alcool on pourra avoir des choses plus fines que sur... une déclaration orale.*

Elle pourrait aider le médecin à mettre en évidence une consommation à risque chez un **patient qui ne réalise pas lui-même l'importance** de sa consommation.

- *A2 : Même pour un peu de dépistage/ diagnostic en fait ! Je vois que c'est un bon vivant et qu'en fait derrière cette étiquette et bien il y a une consommation problématique. Pour lui montrer et lui dire, « aller, jouez le jeu » et s'il est en accord avec la démarche ça pourrait être intéressant.*
- *B9 : Par exemple on peut proposer l'appli pour dire « bon ben vous pensez qu'il n'y a pas de problème, d'accord, est-ce que ça vous dit de relever vos consommations régulièrement pour savoir précisément s'il y a vraiment un problème ou pas ». Donc là oui ça pourrait être pertinent en effet pour évaluer la conso.*
- *A5 : On pourra vraiment bien mettre en évidence que « Là monsieur, vous consommez beaucoup trop !. C'est plus facile à mettre en évidence.*

L'agenda quotidien de consommation permettrait **une approche plus fine des modes de consommations**, ce qui pourrait **aider à la prise en charge**.

- *A2 : Je peux le revoir après le bilan initial, par exemple après une semaine en renseignant ses consos et je pourrai tout à fait utiliser les diagrammes qui m'orientent concrètement sur ses consommations : qu'est-ce qu'il boit et quand ? Est-ce que ce sont plus des consommations pendant le weekend ? C'est souvent compliqué dans l'interrogatoire ça, donc ça permettrait d'être plus précis et de creuser plus loin.*
- *A7 : Forcément on va passer du temps à regarder ce qui s'est passé sur l'appli mais ça va permettre de parler de son alcoolisme, de son état d'esprit. Ça ne va pas être une discussion purement théorique, on aura des éléments sur lesquels on pourra discuter donc non ça me paraît intéressant et puis ce n'est pas trop compliqué à analyser : ça ne s'analyse pas pendant 3 heures, donc oui c'est me paraît bien !*
- *A5 : [on demande s'il pense que l'appli peut être complémentaire à sa pratique] Moi je pense que oui, ça permet vraiment d'étudier la consommation alcoolique, d'étudier*

*leur mode de consommation, de mieux les sensibiliser sur le fait que pourquoi là ils ont craqué. Ça permet une étude vraiment complète et de déterminer les facteurs de risque de re-consommation.*

De plus, deux médecins soulignent que le fait de tenir un agenda de consommation sur une application est **plus commode que sur papier**.

- *A6 : Je pense que plutôt que d'utiliser des supports – qui font un peu la même chose- en support papier, je pense qu'il y a une génération de gens pour lesquels le smartphone qui est toujours dans la poche, pourrait être plus facile à utiliser au quotidien. J'imagine peu les gens partir avec leur petit livret sous le bras sur leur lieu de travail ou à l'école ou ailleurs ! Je pense que le portable est effectivement un outil plus discret et qu'on a toujours sous la main. Donc c'est clair que l'application est tout à fait judicieuse et certainement plus facile à gérer lorsque les gens sont actifs et sont dans cette démarche.*
- *B4 : On pourrait le faire en papier c'est vrai mais c'est plus commode avec l'application.*

### **La fiabilité de l'auto-déclaration**

Deux médecins pensent que l'auto-déclaration sur l'appli pourrait être plus fiable, car **moins sous-estimée** que si elle est rapportée a posteriori en consultation.

- *B1 : Et en faisant un chiffrage soi-même, on est plus honnête que dans un regard euh... dans un cabinet médical. Parce qu'il minore toujours la consommation d'alcool, je pense que si le gars le fait pour lui ce sera peut-être plus facile.*  
*I : Plus facile et plus honnête ?*  
*Plus honnête voilà, ou c'est pas malhonnête ceux qui font... C'est qu'ils se le... dans le regard des autres ils minimisent voilà. Dans leur propre regard ils minimiseront moins.*
- *B7 : Et puis pour moi, comme un carnet de migraine ou d'énurésie, ça me fait un support je veux dire. Quand le mec il vient, j'essaie d'estimer finalement, il va avoir plutôt tendance généralement à sous-estimer sa consommation il va un peu s'arranger quoi. Alors que s'il le fait au jour le jour pour lui finalement peut-être j'aurai des*

*choses plus... [...] J'ai l'impression que ce sera plus fiable, j'ai l'impression que l'auto-déclaration secondairement peut être quand même très approximative hein des fois, on a du mal.*

Au contraire, plusieurs d'entre eux disaient qu'il y avait un risque que les patients ne soient **pas plus honnêtes dans leur auto-déclaration** sur l'application qu'en consultation.

- *B1 : Il tapera 2-3 trucs pour faire semblant (...) celui qui boit c'est quelqu'un qui ment facilement et même à lui-même donc il peut s'amuser à taper des trucs, pas au hasard mais pour faire croire qu'il s'en sert sans s'en servir... Et là ça sert plus à rien. »*
- *A8 : Après, c'est sur les dires du patient donc il peut toujours tricher et ce sont souvent des patients qui manipulent, qui sont un peu menteurs. »*
- *B5 : Parce que après dans les addictions comme ça on peut mettre une appli même si 15 jours après on va regarder l'appli, il peut rentrer n'importe quoi ! (...) pour masquer son truc, pour faire croire qu'il boit moins »*

Ce risque serait présent **surtout chez les patients dans le déni** ou qui ne sont pas motivés au changement.

- *B7 Mais là on risque d'avoir une sous-estimation directe parce que le [patient] ne sera pas dans la démarche. Mais ça peut être un outil effectivement pour faire prendre conscience, oui. Le problème c'est que quand ils sont dans le déni, ils sont dans le déni, outil ou pas outil... Ils vous diront « (mauvaise foi) tenez, regardez, un verre mercredi c'est tout ». Là on ne peut plus rien dire, ça peut être à double tranchant.*
- *A8 J'ai beaucoup de patients qui restent dans le déni donc eux ils ont peut-être peur que ça se sache ou qu'on se rende compte que leurs consommations sont trop importantes et je pense que ceux-là vont réduire un peu les réponses.*
- *A4 C'est pour ça que je te dis qu'il faut quelqu'un de motivé. Quelqu'un qui n'a pas envie, il ne va pas le remplir. Ou alors il va le remplir la veille de venir te voir en mettant absolument n'importe quoi alors bon...*

Un médecin pense que **si l'alliance est bonne**, l'auto-déclaration devrait néanmoins rester **fiable** :

- *B7 [quand on lui demande s'il pense que le patient va modifier ses déclarations s'il s'attend à ce que le médecin regarde] Après tout ça c'est de l'alliance hein ! S'il voit qu'on va dans le même sens, il n'a aucune raison d'aller... mais voilà le problème mais si on a une bonne alliance ça marchera bien. Mais c'est valable pour n'importe quel outil hein, c'est pas celui-là en particulier.*

## **B/ Étoffer l'arsenal thérapeutique du médecin**

Les médecins interrogés pensent que MyDefi est un outil qui peut se montrer utile dans la prise en charge des patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool, car il représente une nouvelle option thérapeutique.

### **a) Un nouvel outil pratique à intégrer à la consultation**

MyDefi est un outil nouveau qui peut **servir de support** sur lequel se baser pendant une consultation dédiée, afin d'orienter la discussion.

- *B7 : Vous pouvez dire : [...] je vous revois la semaine prochaine, d'ici là [...] vous allez regarder cette appli vous allez peut-être commencer à la remplir sur la semaine, ce que vous avez consommé et puis la semaine prochaine on se voit que pour ça ». Voilà ça, ça peut être une bonne accroche.*
- *A7 : Je pourrais proposer au patient de venir faire le point. Peut-être pas toutes les semaines mais sur des cycles et de faire le point avec lui. De faire ressortir les statistiques sur l'application et de regarder ce qui peut être amélioré.*
- *B6 : Alors après ça peut faire un support de consultation si on fait une consultation dédiée à ça uniquement... un support euh... parce qu'en fait c'est vrai que moi je ne sais pas trop quoi leur dire à part \*rire\* "c'est pas bien de boire trop" ... ça peut être un support. [...] Pour construire la consultation, pour, voilà pour... pour appuyer le fait de, enfin voilà que je leur dise que c'est pas bien, machin et là il y a un petit paragraphe sur la toxicité de l'alcool... leur proposer des solutions et là il y a un petit [onglet] avec 2- 3 solutions, voilà ça appuie un peu.*

Ce support aiderait également à **fixer des objectifs avec le patient** en consultation.

- A2 : *Je pense que derrière on pourrait définir des objectifs [...] On peut définir une sorte de contrat et avancer par étapes dans l'accompagnement de la réduction. Et le revoir avec les graphiques. »*
- A2 : *Ça me permet de proposer un outil, de fixer des objectifs et le patient ne sort pas de la consultation en se disant qu'on ne lui a rien proposé »*
- B7 : *Avant l'accueil, il y a la façon dont on présente et les objectifs que l'on fixe à l'application, et cet échange qu'il y aura dans l'alliance. « On va utiliser ça ensemble, dans tel but et voilà ce que ça va vous apporter ».*

#### **b) Une aide à la prise en charge**

Certains médecins trouvaient que Mydefi pourrait leur permettre d'**avoir quelque-chose à proposer au patient lorsqu'il se trouveraient démunis**, qu'il ne sauraient pas comment avancer dans la prise en charge, notamment dans l'attente d'une consultation spécialisée.

- A2 *Ça pourrait être complémentaire dans le sens où ça permettrait avec les délais d'accès aux spécialistes d'avancer un peu. On ne reste pas à attendre et à dire « on verra ce que va vous dire l'addicto ». En médecine générale, surtout quand il faut introduire un traitement, c'est très compliqué dans ce cadre-là. [...] Ça me permet de proposer un outil, de fixer des objectifs et le patient ne sort pas de la consultation en se disant qu'on ne lui a rien proposé.*
- B6 *Mais c'est une aide ! C'est toujours un outil qui peut aider... une population ciblée. [...]*  
*I : Et une aide en quoi alors?*  
*Ben une proposition, enfin un petit truc que je pourrais leur proposer... parce que en fait je suis quand même assez démunie, à part dire "allez au CMP" "oui mais je n'ai pas de voiture je peux pas y aller !" euh... "prenez des \*rires\* des anxiolytiques si vous êtes pas bien" ... ça peut faire une petite euh... on va dire un outil thérapeutique, si, c'est bien, une petite aide.*
- B3 *[quand on demande a priori ce qu'elle attend de l'appli] Ben, moi je suis souvent démunie quand même, enfin l'addicto ce n'est pas non plus mon domaine de prédilection donc c'est vrai que à part essayer de leur faire comprendre que ce n'est*

*pas forcément bien pour eux et qu'ils le comprennent par eux-mêmes c'est vrai que je suis un peu démunie donc, avec l'appli ça pourrait aussi eux les aider de leur côté. Et pour moi aussi pour les suivre.*

L'outil était vu également comme une **aide supplémentaire à la prise en charge**, que le médecin se voyait utiliser en tant que **complément** à sa pratique.

- *A5 Donc pour le suivi au long court de la consommation alcoolique : ça permet tout simplement d'avoir une aide dans la prise en charge puisqu'il y a tous les petits messages qui arrivent, qui sont là pour les soutenir, les conseils au quotidien, et une aide pour développer des techniques pour contrecarrer l'envie de boire.*
- *A3 Que ce soit pour un sevrage que l'on suit avec des sessions d'éducation thérapeutique, avec ou sans aide médicamenteuse voire avec aussi une prise en charge par un addictologue, je pense que cet outil peut s'intégrer pour tous les cas de figure pour permettre de suivre les consommations.*
- *A6 : Globalement ça me semble un outil intéressant s'il est intégré de façon complémentaire dans la prise en charge.*
- *B5 : Mais encore une fois ça vient en complément c'est toujours pareil. C'est un outil en plus en fait voilà. C'est un complément et je le donne en complément, mais je ne vais pas donner que ça quoi, il y aura toujours le psy ou l'addictologue. [...] Je vais leur dire que c'est un complément, pour les aider en plus de tout le reste, c'est ça que je vais leur dire.*

Pour un médecin, elle pourrait même permettre de **repousser le recours éventuel à un spécialiste** :

- *A3 Et le but aussi c'est d'élargir le champs d'action et de compétence du médecin généraliste et grâce à ça de temporiser un recours à l'addictologue avec des délais de RDV très longs. Comme dans d'autres spécialités, ils sont saturés et on a du mal à avoir des RDV avant 3 mois. Donc quand le patient a mis le pied dans l'étrier pour essayer de prendre en charge son problème c'est aussi un frein. Au même titre qu'on utilise des outils diagnostics, par exemple un électrocardiogramme, au cabinet, ça peut permettre au médecin généraliste d'avoir une aide pour mener à bien un sevrage presque à 100%.*



- A3: *Ça peut être un bon outil pour aider le médecin généraliste dans une prise en charge « autonome » des problèmes d'addictions avant d'essayer d'avoir un accès à un addictologue.*

MyDefi serait un outil intéressant car c'est une **alternative nouvelle et non-médicamenteuse**.

- A2 *C'est plutôt intéressant de travailler ensemble, peut-être éviter une prise en charge médicamenteuse. Il y a des patients qui sont vraiment anti-médicaments ou qui tolèrent mal avec des effets indésirables et bien « tiens j'ai autre chose à vous proposer ! Et c'est « naturel » ! ».*
- A3 : *Au même titre que parfois ça m'arrive de prescrire de l'activité sportive. C'est quelque chose qui peut paraître bizarre d'un premier abord mais finalement il y a l'effet psychologique : le fait que le médecin ait prescrit quelque chose de non médicamenteux.*
- A1 : *Proposer une alternative, qui n'a peut-être jamais été essayée justement par le patient. C'est vrai que je n'en avais jamais entendu parler.*

### **C/ L'outil donne du poids au discours du médecin**

Certains médecins pensaient que MyDefi pourrait servir à **appuyer leur discours et donner du crédit à leurs arguments**, lorsqu'ils discuteraient avec leurs patients de leur consommation.

- B6 *[on demande si l'application apporte vraiment quelque-chose en plus de ce qu'elle fait déjà en consultation, comme faire prendre conscience et apporter des solutions] Euh... je le faisais un peu par rapport aux questions que je leur pose mais après, c'est peut-être un argument supplémentaire et plus concret, plutôt que moi ce que je radote à chaque consult'...*

*I : Vous pensez que ce sera plus concret ? - Peut-être et puis là c'est pas uniquement moi, c'est quelqu'un, un grand centre qui a fait ça et ça a peut-être un peu plus de valeur, c'est pas "que" mon avis c'est pas que moi qui leur dit "je pense que la consommation et un peu... trop fort" euh... ça donnera du poids à ma parole en tout cas peut-être, probablement.*

- *A6 [on demande ce qu'il pense de la réaction de patients n'étant pas dans une démarche de réduction] Je pense que ça viendrait plutôt renforcer le discours que je peux avoir. C'est à dire que oui évidemment si je repère je vais lui dire « est-ce que vous savez ce qu'est une consommation à moindre risque ? Vous l'évaluez à combien ? ». Alors s'il me dit « 5-6 verres par jour, 3 à midi et 3 le soir » déjà on a un premier discours sur « et bien non, ce ne sont pas les normes reconnues par l'OMS, vous êtes au-delà des normes acceptables donc vous avez une consommation considérée comme excessive ». Peut-être évoquer avec lui la possibilité de travailler à réduire et peut être que l'outil de l'application peut être introduit facilement dans la prise en charge.*
- *A2 : Au contraire, on est même beaucoup plus légitime en s'appuyant sur les déclarations et graphiques du patient, un appui plus concret qui permettra un travail plus efficace.*

## **2) Donner au médecin une motivation supplémentaire pour aborder la question de l'alcool**

Pour certains médecins, le fait d'avoir un outil à proposer pourrait les encourager à repérer plus fréquemment les consommations à risque.

- *A7 [quand on demande l'impact que l'appli pourrait avoir sur sa pratique] Peut être mettre les pieds dans le plat un peu plus ! Et leur parler de l'application du coup. En leur disant qu'il existe pleins d'outils et que les outils modernes avec les portables, pourquoi pas, ça pourrait les aider au moins à diminuer leurs consommations et à prendre conscience de ça.*
- *A3 Le fait de travailler sur des outils dans le domaine de l'addictologie et notamment de l'alcool, c'est important parce que nous on en voit tous les jours et finalement pour le médecin généraliste, je pense que le plus difficile c'est de détecter et d'accompagner – mais surtout de détecter - les patients avec une consommation légèrement excessive. Je pense que l'application pourrait m'inciter à plus dépister.*
- *B1 Et puis même je pense que... c'est une tranche de population exposée qu'on ne considère pas comme des... On en parle pas beaucoup de ça. Tandis que celui qui a une application, il est... il est concerné voilà. Euh... Souvent les gens viennent quand ils sont en période aiguë, quand ils sont très mal, quand ils ont trop bu ou qu'ils sont*

*fatigués de ça... On en parle, on fait un petit traitement et 2 mois après on ne parle plus jamais de ça de toute leur vie alors que la consommation d'alcool est la même ! Et que les dégâts se font progressivement. Ça, ça permet de... D'avancer sur le problème de beaucoup plus de personnes.*

### **3) Dédier du temps à l'application**

Mydéfi représenterait un investissement en temps de la part du médecin, que ce soit directement en consultation ou en amont pour connaître l'appli.

#### **A/ Nécessité de prendre le temps de connaître l'outil avant de le proposer**

- *B7 Bon ils vont recevoir les messages donc peut-être que ça va les accrocher mais je pense qu'il faut que nous déjà on ait une bonne connaissance de l'appli donc ça veut dire s'y pencher, prendre le temps de tout regarder, de lire tous les items et tout ça, comment ça marche pour pouvoir bien expliquer donc d'avoir à disposition un outil qui dure peu de temps comme la démo que vous m'avez faite là mais...*
- *A8 [quand on demande a priori comment se sentirait-il en tant que « prescripteur » d'appli]. Je me vois bien le faire mais il faut d'abord que je connaisse bien l'application pour pouvoir répondre aux questions du patient et pour pouvoir lui donner des arguments pour qu'il adhère. [...] Si je connais l'outil, si on me l'a expliqué et qu'il répond à des objectifs je n'aurai aucun problème à le prescrire.*
- *A2 Je pense qu'il faudrait d'abord que j'ai une formation pour bien le faire. C'est un peu comme pour un médicament, quand on a un doute on a le Vidal comme base de données. A moi, il me faudrait un peu des conseils d'utilisation de cette application parce que c'est quand même quelque chose si je le prescris mal, ou si je l'explique mal, il peut y avoir un mauvais usage de la part du patient ou même moi une mauvaise compréhension et on peut tous les deux se diriger avec le patient vers une mauvaise direction.*

#### **B/ Temps en consultation**

Certains médecins trouvaient que l'application était assez simple d'utilisation pour que sa présentation au patient soit **rapidement et facilement intégrée en consultation** :

- B8 *Ca s'intègre oui, complètement, ça prend deux secondes, ça n'empêche pas d'avoir la consultation classique où l'on va parler de l'alcool, ça prend deux secondes de dire « il existe une application qui s'appelle « machin », ça coûte 5 euros, ça pourrait vous aider ». Je ne prendrai pas le temps de leur montrer, mon but c'est pas de faire la démonstration de l'appli ils sont assez grands pour ça, elle est simple d'utilisation, ça peut s'intégrer*
- A2 *Oui pour moi c'est le but quand même, ça doit être un gain de temps. Il faut quand même prendre le temps de l'expliquer dans le sens où tu vas dire « Je connais cette application, je vous propose de la télécharger, voilà l'objectif, voilà comment ça se passe... » donc ça ne me prend pas longtemps, je lui dis qu'il y a aussi le tutoriel qu'il peut regarder ou que l'on peut éventuellement regarder ensemble. Comme quand je montre le site du Crat à des patientes enceintes, je leur tends l'écran et je leur montre ! Donc c'est une petite explication pas chronophage...*
- B5 *[On demande si le fait de proposer l'appli serait une perte de temps] Pas du tout, ce n'est pas une perte de temps ça va durer 2 secondes, je vais lui dire qu'en complément il y a ça, qu'il peut le télécharger il va la chercher, il la télécharge et voilà. Ça va faire partie de ma consultation non, non c'est bien. C'est un outil en plus en fait voilà.*

*I : Pour vous ça s'intègre facilement, ça se propose rapidement ?*

*Oui complètement oui. [...] Non, parce qu'elle est simple d'utilisation, il va comprendre lui-même quand il va mettre l'appli, donc je pense qu'il faut la proposer...*

- B1 *Non, non c'est faisable ! C'est une consultation de 20 minutes au lieu de 15, non ça, ça fait partie du... Du travail ça ! Pour le médecin ce n'est pas très chronophage. C'est pour la personne, qu'il faut qu'elle le fasse. Mais pour le médecin nooon, non, non c'est... C'est comme quand on... prend en charge un patient particulier. L'obésité, l'alcool, le tabac... C'est ce petit plus que l'on nous demande ! Ça rentre bien dans ce cadre-là.*

... quitte à **débriefer** avec le patient lors d'une consultation ultérieure

- B6 *Ça peut être un gain de temps pour moi \*rire\* si un jour j'ai pas trop le temps "et hop" d'aborder, "ben regardez cette appli et puis on en reparle la prochaine fois".*

- *B5 Il faut en discuter, il faut la proposer, il faut lui dire que voilà... il va la chercher en même temps que vous là pendant qu'il est en consultation... il la met, il voit comment... et la prochaine consultation, on en reparle il me dit ce qu'il en pense, ce qu'il a fait etc.*
- *A6 Et je pense qu'il faut qu'il y ait des temps de débriefing, d'évaluation : « comment avez-vous perçu cette application ? Est-ce que vous avez pu vous en servir ? Montrez-moi le travail que vous avez pu faire » et de reparler des difficultés et de travailler dans cette motivation à poursuivre les efforts.*
- *B6 : « Oui c'est ça peut-être au niveau du temps pour les consultations, ça peut être un gain de temps pour moi \*rire\* si un jour j'ai pas trop le temps "et hop" d'aborder, "ben regardez cette appli et puis on en reparle la prochaine fois". »*

D'autres pensaient au contraire que l'utilisation de l'application allait leur **coûter du temps** car il faut **bien la présenter** avec ses objectifs et **chercher l'adhésion du patient**.

- *B2 [quand on demande si elle pense que le temps requis pour présenter l'application lui paraît adapté ou trop long pour le faire dans sa pratique] C'est quelque chose qui peut se discuter, en plus bon, votre présentation est assez rapide je pense que c'est quelque chose qui peut se faire, il faut trouver le moment parce que bon c'est pas en 2 minutes non plus euh... il faut faire adhérer le patient il faut que le patient aie en tête qu'il y a un problème d'alcool qu'il serait intéressant de baisser, que ce que je lui propose la 1/ ça va coûter 5 € et 2/ ça va lui proposer un gain en matière de santé et en plus dans un contexte positif, non jugeant, qui est sur le long terme de 12 semaines... il faut le faire adhérer quoi, ça prend un peu de temps quand même. Mais c'est quelque chose qui peut se, oui qui peut se discuter, c'est quelque chose que je ferai oui.*
- *A8 : « Il faut prendre un temps de consultation dédié à ça pour présenter la prise en charge avec l'application et le suivi qu'on proposera. »*

Pour certains cela pourrait constituer **un frein à son utilisation** en médecine générale

- *A1 Après voilà, les freins ça serait vraiment après peut être vis-à-vis du praticien « vendre » l'application et vraiment l'expliquer aussi avant... Je pense qu'il*

*faut vraiment donner un temps d'explication au patient pour vraiment que ça le motive.*

- *B7 Bah c'est méchant ce que je vous dis hein, mais c'est vrai que toute la journée on court après le temps et souvent ce genre de consultation, les gens ils viennent parce qu'ils ont mal au ventre et à la fin de la consultation ils vous disent « oui et puis en fait je consomme trop d'alcool, ça va pas au boulot, ma femme me le dit... » voilà sauf que ça fait déjà 15-20 minutes que vous êtes avec le type, donc vous ne pouvez pas reprendre 15-20 minutes pour repartir.*

Un médecin aurait trouvé utile qu'une **démonstration de l'appli soit accessible** en consultation pour la présenter.

- *B7 Maintenant s'il faut que je la montre et que je l'explique, ça, ça va être une perte de temps et ce sera un frein. Si jamais j'ai à ma disposition sur mon ordi un truc déjà prédéterminé, par exemple sur votre démo là... Parce que je pense qu'il faut l'expliquer, il ne faut pas le donner comme ça et dire « vous allez découvrir avec ça, ça va nous aider ».*

Pour certains médecins, la solution serait de **présenter l'application lors d'une consultation dédiée** à la problématique de consommation d'alcool.

- *B7 Donc vous pouvez reporter la consultation et entre-temps vous pouvez dire « bon ok, il y a ça, très bien on va prendre le temps d'en parler, je vous revois la semaine prochaine, d'ici là je vous envoie un lien ou un truc facile à faire, vous allez regarder cette appli vous allez peut-être commencer à la remplir sur la semaine, ce que vous avez consommé et puis la semaine prochaine on se voit que pour ça » Voilà ça, ça peut être une bonne accroche.*
- *A8 Il faut avoir un temps dédié pour ce motif de consultation : il faut que ça devienne un motif de consultation et pas un motif supplémentaire au milieu de la consultation pour le renouvellement de traitement et pour le traumatisme de l'orteil avec un problème dermato qui s'ajoute et une ordonnance pour des semelles, et en plus l'application ?! Non, il faut une consultation dédiée à l'application et à la problématique d'alcool. Ça prendrait un peu de temps au début parce qu'il faudrait que le patient revienne pour cette consultation.*



### C/ Un investissement de temps « rentable »

Des médecins soulignaient que, bien que l'application demande du temps pour être proposée au patient, celle-ci pourrait leur en faire gagner plus tard. La proposer ne leur paraissait donc **pas une perte de temps**.

- *A4 Ce n'est ni un gain ni une perte de temps, c'est un investissement. Voilà ! C'est-à-dire que, c'est sûr que tu vas perdre du temps quand tu vas proposer cette application au patient mais que tu vas regagner lors de la consultation d'après où tu ne vas pas lui redemander ses consos mais tu vas lui dire « Montrez-moi l'appli, on va débriefer ensemble » et donc tu as tout ce gain de temps, cette visualisation des données qui vont t'arriver qui va te faire gagner du temps. C'est pour cela que je parle d'investissement.*
- *A2 Donc c'est une petite explication pas chronophage pour ensuite pouvoir le revoir et tu auras gagné plein de temps puisqu'il aura rempli son agenda de conso et on pourra avancer. S'il a des questions on en discutera en lui expliquant que je ne suis pas là pour juger. C'est clairement un gain de temps.*
- *B9 : Si euh... si on sent que l'application elle est adaptée aux patients et que ça correspond à son euh... enfin qu'il pourra en faire une utilisation productive... non ça ne sera pas une perte de temps.*

Un médecin pensait même que l'application pourrait **permettre d'espacer les consultations** avec certains patients.

- *A1 Après, peut-être que ça pourrait espacer un peu plus les consultations. Et vraiment, ils consulteraient s'ils ont des difficultés dans leur sevrage. A ce moment-là, peut-être que je dirai de faire leur suivi avec l'application, enfin, un suivi d'abord rapproché en consultation au début et après un entretien en s'appuyant sur l'application et en cas de difficultés, de revenir nous voir, s'il y a des problématiques d'anxiété, de sommeil, vraiment de consultation. Ce serait plus un entretien et si difficultés, ils viendraient en consultation.*

## **II. L'utilisation de Mydefi doit être encadrée par le médecin**

La plupart des médecins pensaient que l'application ne servirait **qu'en tant que complément** à leur pratique et que son **utilisation devrait rester encadrée** par le praticien.

### **1) Nécessité d'un suivi médical et humain pour que l'application soit efficace**

Les médecins pensaient en effet que l'application ne serait pas efficace à elle seule, qu'un **suivi médical était nécessaire pour qu'elle puisse être utile.**

- *A6 On a aussi ce rôle d'entretien de la motivation au changement et d'être dans cette dynamique à la fois empathique, bienveillante et encourageante pour le patient. Je veux dire que rien ne remplace quand même le contact humain direct [...]  
Globalement ça me semble un outil intéressant s'il est intégré de façon complémentaire dans la prise en charge. Mais ce ne serait pas une bonne idée de l'utiliser comme un outil pour se débarrasser d'un patient avec une problématique d'alcool, ça serait dommage.*
- *A2 C'est toujours le même problème, une application ce serait bien pour entretenir de la motivation : « regardez, vous avez diminué de « tant », les effets bénéfiques sur votre santé c'est « ça », les bénéfices financiers sont de tant » mais derrière, on a besoin d'appui humain, c'est indispensable. On ne peut pas décharger tout sur une application. C'est un super outil mais qui doit être contrôlé par des professionnels de santé.*
- *B4 : « [quand on demande si l'application aura un impact sur la consommation] S'il y a un suivi derrière, ouais. Seul c'est difficile de s'en sortir d'une vraie maladie alcoolique. Je pense que c'est très très difficile. »*
- *A1 Après, ça ne remplacera pas le suivi humain du médecin. Ça peut être effectivement un accompagnement mais ça ne remplacera pas le médecin dans la prise en charge.*

2) **Besoin du médecin pour identifier la consommation à risque et expliquer l'objectif de l'application**

Un praticien déplorait que les **objectifs de l'applications ne soient pas personnalisés** en fonction du profil de consommation de chaque patient. Il faudrait donc que **ce soit le médecin qui discute de ces objectifs** avec le patient avant de lui faire utiliser l'appli.

- *B4 Après est-ce que ça te fait un score, enfin pas un score mais est-ce que ça te dit l'objectif à atteindre ? Là il va te donner un nombre d'unité moyenne par semaine, mais une fois qu'on a fini de rentrer ce qu'on a consommé, est-ce que ce serait pas bien qu'il te dise « vous avez un problème avec l'alcool, vous avez une maladie de l'alcool », expliquer un peu ce que c'est et les objectifs à atteindre en fonction de ce qu'on a dit ? [...] C'est-à-dire, même si je n'ai pas de problème avec l'alcool, ils vont me dire le diminuer ? Si je mets par exemple une bière, 3 jours par semaine, il va me dire il faut diminuer ? Alors ça sous-entend qu'on la donne à quelqu'un qui est malade de l'alcool, c'est-à-dire que c'est la prescription au départ, c'est le médecin qui la conseille, ça s'adresse à une population qui est déjà malade de l'alcool que le médecin a diagnostiqué... Parce que si c'est une application tout-venant comme on a sur Ameli, pour les régimes amaigrissants par exemple, pour la prise en charge alimentaire, éviter le cholestérol tout ça, il y a déjà un pseudo-diagnostic qui est fait et après un objectif à atteindre en fonction de ce que l'on veut faire, l'exercice qu'on veut faire, les calories... là il n'y a pas d'objectif ?*

Un autre médecin trouvait que **MyDefi aurait dû apporter un « diagnostic » quant à la consommation** du patient, afin qu'il puisse comprendre son intérêt à l'utiliser.

- *B8 [quand on demande quelles seraient les réactions attendues des patients qui ne sont pas dans une démarche de changement] Ça dépend, si l'application leur apporte quand même des choses, est-ce que l'appli signale quand la personne consomme trop ? Non ? Donc ça ne va lui apporter aucune information, il ne sait pas à quoi ça correspond. Ça met des conseils pour progresser, mais quelqu'un qui n'est pas dans la démarche de progresser... Il faudrait que selon le taux d'alcool bu, il y ait des informations sur à partir de combien on prend des risques, quels risques, à quel point*

*il est au-dessus du taux toléré si je puis dire. Il manque peut-être ça pour ces personnes-là. Sinon c'est que des chiffres, ça correspond à rien pour lui.*

- *B8 [on demande comment améliorer l'appli] Pour les personnes qui ne sont pas encore dans la démarche des infos concrètes sur les méfaits de l'alcool, mettre une partie au début « êtes-vous dans une démarche de diminution » et s'il met « non » mettre les infos.*

Elle soulignait donc que **c'était au médecin d'expliquer au patient les objectifs** de son utilisation.

- *B8 [quand on demande si elle pense tenter de proposer l'appli à des patients qui ne sont pas dans une démarche de diminution] Oui je pense mais il faudrait une information complémentaire du coup. Si l'appli ne le fait pas, lui dire à partir de combien d'unité etc...*

### **3) Veiller à ce que le patient ne rompe pas son suivi**

Une médecin interrogée craignait que certains patients puissent avoir l'impression qu'ils n'ont **plus besoin de revenir en consultation** une fois qu'ils auraient l'application. Il faudrait donc bien leur **préciser qu'elle ne s'inscrit qu'en complément** du suivi médical.

- *B5 I : Vous pensez que le fait de proposer l'appli ça pourrait faire en sorte que le patient ne vienne plus vous voir ?*  
*Oui ! Oui, oui je pense que l'appli c'est un complément ! Mais c'est pas une solution, c'est un complément.*  
*I : D'accord mais vous pensez que celui à qui vous allez proposer l'appli, il reviendra moins vous voir que celui à qui vous ne proposez pas l'appli ?*  
*Ben oui c'est un risque. Je pense que c'est un risque.*
- *B5 [Les applis], tout ce qui est suivi médical euh... non je propose pas. Parce que c'est trop dangereux, parce que les gens font un peu n'importe quoi, parce que déjà avec Internet ils pensent avoir tout et euh... rien qu'en lisant Monsieur Google ou Wikipédia, ils sont des médecins euh... c'est hyper-hyper dangereux en ce moment ce qu'il se passe, ce qui est en train de se passer, mais bon \*pfft\* apparemment c'est normal donc...*

*I : Vous pensez que les applications, ça peut aussi avoir ce rôle que peut avoir internet ?*

*Ça a le même effet, ça a le même effet ouais. Enfin pour moi ça a le même effet, alors que ça devrait être quelque chose qui est un complément.*

- *B5 [on demande a posteriori si elle pense que l'appli peut encourager les patients à ne plus se faire suivre] Je sais pas... en fait j'en sais rien. Ben oui elle peut avoir cet effet si le gars avec ça il arrête de boire et il pense que c'est terminé, qu'il n'a pas de souci etc. oui effectivement. Maintenant quand il y a une addiction c'est qu'il y a quelque chose le plus costaud dessous donc c'est dommage quoi qu'il ne se fasse pas suivre.*

Plusieurs praticiens auraient aimé que l'appli serve aussi à **encourager le suivi médical des patients**

- *A6 [on demande comment améliorer l'appli] Je ne sais pas peut-être des messages : « en cas de difficultés, parlez-en avec votre médecin », peut-être que l'application puisse servir de lien : je ne sais pas s'il y a des messages dans ce sens-là : c'est-à-dire toujours être dans le soin qu'il ne parte pas en électron : « il m'a prescrit cette application et maintenant je me débrouille » mais voilà peut-être qu'il y ait des temps d'évaluation avec le médecin, de partage, de retour pour que justement ce lien soit toujours étroit entre le prescripteur et le patient. Donc des messages pour encourager le lien pour que le patient ne se sente pas non plus abandonné avec une application*
- *A1 [quand on demande a priori ce qu'il attend de l'appli] Peut être des rappels aussi de consultations à faire à intervalles réguliers.*
- *A2 : [on demande a priori ce qu'il attend de l'appli] Cette application, on pourrait aussi l'utiliser pour des RDV, pour la planification du suivi. On pourrait rentrer son RDV dans l'application plutôt que de lui noter sur un bout de papier, qui le lui rappellerait avec une alarme, avec des rappels réguliers, pour éviter de les perdre de vue. »*

### III. Communication avec le soignant via l'application

#### 1) Manque d'un moyen de communication direct avec le médecin via l'application

Trois médecins imaginaient (avant la présentation de MyDefi) que l'application permette une communication directe avec le médecin ou un soignant.

- A1 [quand on demande a priori ce qu'il attend de l'appli] Alors éventuellement ça pourrait être pas mal que ça envoie un peu des alertes de suivi pour le médecin, pour voir où en est le patient.
- A3 [quand on demande ce qu'il attend de l'appli a priori] Mais après on pourrait imaginer comme ça se fait déjà pour d'autres applications, carrément de la médecine connectée où il puisse y avoir un relai en direct avec le médecin. Mais il faudrait que le médecin, sur son ordinateur ou son téléphone, ait la même application que le patient et soit partagée comme ça le médecin peut suivre en temps réel. Mais ça après c'est un peu compliqué si tous les patients ont des applications pour toutes leurs pathologies ! Mais c'est vrai qu'il y en a certaines où ça se fait hein ! Ou alors mettons avec l'infirmière Azalée pour faire de l'éducation thérapeutique ou une infirmière addictologue spécialisée là-dedans. Ça pourrait peut-être améliorer la motivation du patient.
- B4 [quand on demande ce qu'il attend de l'application a priori] Déjà la communication, c'est-à-dire que... S'il utilise tout seul son application de son côté je pense que ça ne va pas aller, c'est l'interactivité entre le médecin et le patient. I : Interactivité qui se ferait comment ? - Je sais pas, justement est-ce qu'on serait connectés sur le même... est-ce que [l'application] pourrait nous montrer l'évolution de sa consommation sur un logiciel par exemple, sur un smartphone.

Pour l'un d'entre eux, le fait que l'application ne permette pas cette mise en contact directe était un **défaut majeur** :

- B4 Il n'y a pas de bouton pour envoyer ? Il y a beaucoup de progrès à faire ! Parce que c'est important quand même que l'on puisse transmettre, que l'on puisse communiquer sans avoir à faire impression d'écran et l'envoyer en photo, parce que là c'est déjà... c'est des mecs qui des fois... n'ont pas une volonté top, si en plus ils



*doivent faire une photo de l'écran pour la transmettre, ils le feront pas. Tandis que s'ils ont un petit truc « envoyer » en bas pour transmettre à telle personne, à mon médecin... Parce que ces gens ils ont besoin d'être aidés donc le but c'est de transmettre leurs infos, leurs progrès ou leur régression facilement.*

*Le simple fait que le médecin se préoccupe de son l'évolution et qu'ils ne se soient pas isolés dans son travail c'est énorme ! Mais s'il n'y a pas cette communication facile dans le logiciel ça perd tout son intérêt. Parce que si le patient garde ces éléments que pour lui, parce qu'il va les garder pour lui, il ne va pas les transmettre, dans l'état où est l'application, ça n'a pas d'intérêt.*

- *B4 [L'intervieweur suggère que le patient peut envoyer des impressions d'écrans de ses consommations au médecin par téléphone] Mais quand tu dis transmettre les données par téléphone, moi je ne suis pas trop d'accord parce que... on fait beaucoup plus de téléconsultations, maintenant de trucs à distance, c'est vrai que quand on parle d'avancée dans la médecine en ce moment on parle de téléconsultation, de télémédecine. Aux infirmières maintenant on leur demande de télétransmettre les tensions, les bruits du cœur, les ECG et là tu dis « on va transmettre la consommation en photo avec le smartphone » ou « le patient te le donnera dans la main » ça, ça va à l'encontre de notre évolution des systèmes de santé, maintenant l'évolution c'est des trucs à distance, que le patient puisse transmettre à distance...*

## 2) **Autres améliorations envisageables en terme de communication**

Plusieurs praticiens imaginaient qu'une telle application puisse contenir un moyen pour le patient « **d'appeler à l'aide** » en cas de besoin :

- *B8 [quand on demande ce qu'il attend de l'appli a priori] Peut-être la possibilité de discuter avec quelqu'un, d'être appelé par quelqu'un quand on a besoin, d'avoir un contact via l'application si on a besoin d'aide.*
- *B6 [quand on demande a priori ce qu'il attend de l'appli] Un appel au secours si vraiment ça va pas \*rire\* un numéro d'urgence...*
- *B9 : [quand on demande ce qu'il attend de l'appli a priori] Après je ne sais pas si c'est très faisable, mais on peut essayer de dépister comme ça des troubles psychiatriques associés, parce que y en a souvent. Et pouvoir mettre en relation avec le médecin quand ça ne va vraiment pas...*

Certains pensaient même à un système de **feedback personnalisé** des consommations, **assuré à distance** par un soignant. Néanmoins, tous s'accordaient à dire que cela paraissait **difficile à réaliser**.

- B2 [quand on demande ce qu'il attend de l'appli a priori] Ce qui pourrait être pas mal ce serait si - parce que vous me disiez que c'était lié au service d'addictologie de [nom de ville] - si derrière il pouvait y avoir une alerte quand il y a un souci, si cela pouvait aider, alerter le service et que la personne ait un rendez-vous rapide avec un spécialiste... Après je ne sais pas si c'est réaliste ou pas ce que je dis hein !
- B7 L'idéal ce serait quand même qu'il y ait... mais il ne faut pas pour les médecins parce que sinon ça va être un enfer, mais qu'il y ait quelqu'un derrière qui regarde et qui envoie un message. Ça, ça aurait un autre impact pour la personne parce que c'est une attention personnelle très particulière.
- A1 [on demande les améliorations qu'il souhaiterait pour l'appli] Comme je disais au début, effectivement peut-être s'il y a un pic de consommation d'alcool ou qu'on voit qu'il y a un échec du sevrage, peut-être envoyer une alerte au médecin pour qu'il puisse le contacter. Une alerte sur le mail pro pour qu'ils puissent se mettre en relation par téléphone pour leur dire « Ecoutez là j'ai vu qu'il y avait un problème de consommation, est ce que vous voulez venir en parler ? ».
- A2 : Et ça pourrait être connecté avec un médecin référent, mais je pense c'est plus complexe à mettre en œuvre !

### 3) **Danger lié à un éventuel moyen de communication via l'application**

Deux médecins soulignaient à l'inverse qu'il ne fallait justement pas que MyDefi puisse servir à être mis en contact avec le médecin, car cela représenterait un surplus de travail pour ce dernier.

- B7 [quand on demande ce qu'il pense a priori de l'utilisation d'application en médecine générale] sur le concept je suis pas contre, le problème c'est l'interface. Ça fait encore un canal d'accès au médecin, on a déjà les mails, le portable, le secrétariat, Doctolib, putain tu vois on gère déjà toute la journée 15 canaux d'accès, enfin je ne sais pas, j'exagère mais le problème c'est un canal de plus quoi.

*A un moment il va falloir regarder les tensions de nos hypertendus, « tiens il y en a un qui ne va pas bien je l'appelle », les dextros de nos diabétiques « tiens lui il va pas bien » la consommation OH des mecs qui vont pas « tiens lui il va pas bien » les idées suicidaires de nos dépressifs (soupir) j'ai 5 canaux je vais encore avoir 5 canaux de plus c'est ingérable.*

- *A4 D'ailleurs ça implique des conséquences sur notre exercice à court terme : parce que je ne sais pas comment on va gérer cette masse de données qui va nous arriver sur la tête ! Donc ça c'est l'autre problématique des outils numériques : qui sera responsable des dextros que tu reçois 3x par jour de ton patient et qui est en train de décompenser et qui, noyé dans la masse d'informations que tu as reçu dans la journée, tu n'as pas vu passer. Ça pose des questions quand même ! Donc c'est très bien pour faire prendre conscience par contre la connexion avec le soignant c'est, à mon avis, beaucoup plus délicat à gérer. Pour le patient c'est bien, pour la connexion avec le système, là je suis plus dubitatif. Si on a plus de moyens pour embaucher des assistants dont ce sera le travail de contrôler ça régulièrement, mais nous médecins on ne pourra pas gérer, ça c'est clair.*

## **L'INCONNUE DE LA RÉCEPTION DE L'APPLICATION PAR LES PATIENTS**

### **I. Une application probablement bien recue, pouvant avoir un impact positif sur la relation médecin-patient**

#### **1) Réception probablement bonne**

La plupart des médecins s'attendaient à ce que MyDefi soit **globalement bien reçue** par les patients à qui ils la proposeraient

- *B4 : Après globalement, non je pense que ce serait bien accepté, si on explique bien que c'est pour assurer le suivi, qu'ils peuvent nous transmettre les données, ça pourrait être bien accepté.*
- *A8 : Ça va être bien accepté je pense. »*
- *A6 : Je pense que la présentation elle-même est assez sympathique donc je pense que ça serait assez facile de faire accepter l'outil.*

- A3 : *Je pense qu'ils le prendraient bien vus qu'ils se voient proposer une aide par leur médecin.*
- A4 : *La plupart seraient curieux, ils la téléchargeraient. Je pense que la curiosité c'est le moteur !*

Même si le patient n'est pas intéressé, les médecins interrogés ne s'attendaient **pas à des réactions négatives.**

- B8 [*on demande si le fait de proposer l'appli peut impacter la relation médecin-patient*] *Certains patients peuvent être réceptifs à ce genre de choses, se dire « c'est original elle propose quelque chose de différent » et d'autres qui sont pas du tout branchés sur ce genre de chose qui vont se dire « mais c'est quoi ça... ». Ça dépend vraiment de la personne.*

*I : Et donc pour ces personnes qui ne sont pas branchées ? Est-ce que ça pourrait altérer la relation ? Non si je formule les choses correctement je pense que non.*

- B1 *Une fois la surprise passée il l'aura oublié, celui avec l'impact négatif il va le refuser en disant... Ce qu'on a dit tout à l'heure, ils vont dire « ouais ça va tout enregistrer, ça ne vous regarde pas et puis mon patron... maintenant on voit tout sur internet... » ... non ça je comprends, mais il va le refuser, point.*

*I : Et après... ? - Et après il reviendra pour autre chose !*

*I : D'accord donc ça ne durera pas ? - Non!*

- B9 *Ben, « redouter », non le patient pourrait dire « non ça me plaît pas », non je ne redoute pas ! \*rire\* C'est pas grave on essayera autre chose hein !*

Les patients pourraient être **simplement surpris** :

- B3 *Je pense que certains seraient étonnés, parce que c'est un peu nouveau quand même, les applis médicales, mais pas forcément réfractaires non plus. Plutôt ouverts je pense.*

*I : Étonnés dans quel sens ?*

*Dans le sens que c'est un peu nouveau l'utilisation des applis, c'est pas fréquent qu'un médecin propose des applis, peut-être qu'ils se n'attendent pas forcément à ça.*

- A7 *Ils seront peut-être surpris parce qu'ils n'ont sûrement pas connaissance que ça existe. Enfin, je ne sais pas s'il en existe déjà : je ne me suis jamais posé la question*

*en fait ! \*rires\* et qu'on travaille ensemble là-dessus, oui ils seraient peut-être étonnés.*

## 2) **Impact nul voire positif sur la relation médecin-patient**

La plupart des praticiens interrogés pensaient que l'outil n'aurait **pas ou peu d'impact** sur la relation médecin-patient, voire que cet impact - s'il y en avait un – **ne pourrait être que positif**

### **Un outil sans impact sur la relation**

Plusieurs médecins pensaient que le fait de proposer MyDefi ne pourrait pas avoir d'impact sur leur relation avec leurs patients car ce n'est qu'un simple outil qu'on leur propose.

- *A1 : Je ne pense pas que ça puisse avoir un impact sur la relation, c'est juste un outil supplémentaire.*
- *A4 : Pour moi, elle n'intervient pas dans ma relation avec le patient en fait. C'est un outil que je propose, de la même façon que je peux prescrire un Prozac ou autre chose. Je veux dire, c'est juste un outil donc à mon sens il n'y a pas d'implication dans la relation. »*
- *A8 : Non, si on explique dès le départ, que ce n'est pas un flicage, que ce n'est pas pour le juger mais uniquement pour lui pour l'aider et pour m'aider dans la prise en charge. Il faut bien l'expliquer dès le départ qu'il n'y ait pas de zone d'ombre et de questions ou de choses non dites pour que le patient se méfie après. »*
- *A2 [On demande si elle pense que le fait de proposer l'appli puisse affecter sa légitimité en tant que médecin] Non absolument pas parce que si derrière on comprend le but et si je cible bien la population, non. On va l'informer et derrière on va analyser ensemble donc je pense que le patient comprendra. Je ne me sentirais pas du tout affecté dans ma légitimité.*

### **Ne pouvant qu'améliorer la relation de confiance**

La plupart des médecins pensaient que si MyDefi avait un impact sur la relation, ce serait forcément en positif :

- *B7 Comme tout outil, si l'alliance est bonne, forcément ça la renforce, si c'est bien utilisé et si le patient et le médecin vont vers le même but. Après c'est du déclaratif donc nous il faut rester dans l'accueil de ce que nous donne le patient que ce soit avec ou sans l'application. Moi je pense que si la personne est motivée et que le médecin aussi (rire) et bien ça ne peut que renforcer.*
- *B1 [on demande quel impact peut avoir l'appli sur sa relation avec le patient] Oui ça peut... « mon médecin s'occupe de moi », oui c'est pas négatif de proposer ça. Ça montre qu'on cherche à les aider, qu'on cherche tous les outils existants. On n'est pas qu'à les écouter 5 minutes et à leur donner un cachet et... « partez ! ». C'est souvent ça un médecin ! Donc si en plus on l'a, que l'on redonne rendez-vous 15 jours après puis un mois après, on passe un quart d'heure à éplucher le truc, les gens ils sont... Je pense aux diabétiques qui viennent avec leurs listes de glycémie, voilà ! Non, plutôt un impact positif oui.*
- *A5 [on demande quel impact peut avoir l'appli sur sa relation avec le patient] Je pense que ça pourrait augmenter encore la confiance qu'ils ont, ça renforcerait la relation médecin-malade je pense.*
- *B5 [on demande quel impact peut avoir l'appli sur sa relation avec le patient] Alors ça peut la renforcer s'ils sont motivés, qu'ils jouent vraiment le jeu et qu'ils disent « regardez docteur, j'ai fait ça » et l'application, regarder sur l'appli et on en parle ensemble tous les deux ça, ça va renforcer mais sinon non. Négatif non.*

MyDefi pourrait même **donner une dynamique de collaboration** à la relation

- *A2 [on demande s'il pense que l'appli peut avoir un impact sur la relation médecin-patient] Je verrai plutôt du dynamisme. C'est-à-dire que je sais que j'ai quelque chose à leur proposer et à la prochaine consultation on pourra débriefer. Donc je verrai plutôt ça comme une médecine d'information, éducative avec un patient qui est acteur avec qui on va pouvoir réfléchir ensemble et élaborer un projet dynamique. C'est plutôt intéressant de travailler ensemble...*
- *A3 Je pense que ça peut renforcer les liens via l'application : le lien médecin-malade par le processus d'éducation thérapeutique, d'entretien motivationnel quand on est en consultation. Le fait que ce soit le médecin qui l'a proposée, quand le patient l'utilise*

*au quotidien, il peut se dire à chaque fois « tiens, je vais remplir l'appli, comme ça mon médecin sera content ». Ça fait partie d'un ensemble pour enrichir la relation avec le patient, le fait de le motiver pour améliorer son état de santé donc le patient peut avoir aussi envie de faire plaisir à son médecin dans le but de se soigner lui-même. Encore hier j'ai vu un patient qui a rempli de façon religieuse un relevé de TA : il était tout content de me le montrer en me disant « regardez Docteur j'ai fait ce que vous m'avez demandé ». Donc là ça peut être pareil avec l'agenda des consommations.*

- *A3 : « Là, ça rentre du coup dans la logique « d'esprit d'équipe » entre le médecin et le malade pour arriver à solutionner le problème.*

### **3) Raisons pour lesquelles les réactions des patients seraient positives**

De multiples raisons font que les médecins s'attendaient à un bon accueil de MyDefi par leurs patients.

La plupart des praticiens pensaient simplement que l'application n'était **qu'un simple outil comme un autre** et par conséquent qu'il n'y avait pas de raison que les patients soient choqués qu'on la leur propose.

- *B9 [quand on demande s'il pense que le fait de proposer l'application puisse affecter la relation médecin-patient] Non. En tout cas si c'est le cas il faut rectifier le tir mais, mais ça reste un outil quoi ! [...] Un patient diabétique qui note ses dextros dans un carnet, enfin qui manipule un outil euh... d'auto-évaluation de la glycémie, bon ben en principe ça ne pose pas de problème ! \*rire\**
- *A4 Pour moi, elle n'intervient pas dans ma relation avec le patient en fait. C'est un outil que je propose, de la même façon que je peux prescrire un Prozac ou autre chose. Je veux dire, c'est juste un outil donc à mon sens il n'y a pas d'implication dans la relation. Quand ils reviennent me montrer les résultats, c'est un outil aussi : ça me permet de parler avec eux du problème mais de la même façon que j'aborde la question avec eux en leur demandant ce qu'ils ont bu à un repas, quelle quantité ils boivent par jour etc... [...] C'est un peu comme le lecteur de glycémie. Les diabétiques quand ils arrivent, je regarde le lecteur de glycémie, la mémoire etc...*



- *A1 Je ne pense pas que ça puisse avoir un impact sur la relation, c'est juste un outil supplémentaire.*

De plus, c'est un outil qu'on leur propose **dans le but de les aider**

- *A3 Je pense qu'ils le prendraient bien vu qu'ils se voient proposer une aide par leur médecin. C'est vrai que régulièrement je propose des applications à mes patients par exemple pour le diabète, et j'ai en tête aussi une application sur les troubles fonctionnels [...] et mes patients sont généralement contents qu'on leur propose quelque chose, qu'on prenne en charge leur problème et qu'on leur propose quelque chose qui n'est pas forcément un médicament.*
- *B3 : Quand il demande de l'aide, du coup je lui propose de l'aide.*

Les patients seraient **habitués à ce que les médecins aient des outils vairés**

- *A6 Aujourd'hui cet outil est complètement intégré pour la grande majorité des gens et donc je ne vois pas où ça pourrait coincer pour eux.*
- *B8 [quand on demande quelles sont les réactions des patients attendues] On peut avoir de tout mais je ne pense pas qu'ils soient étonnés, maintenant on a des applications pour tout, on a bien des montres qui font des ECG, je pense qu'ils le prendraient comme une information parmi d'autres, ils en font ce qu'ils veulent.*
- *B6 [On demande si elle pense que les patients soient surpris qu'un médecin leur propose une appli] Oh, je pense pas, c'est quand même dans l'air du temps si je le propose c'est que je sens que le patient est quand même "open" et que voilà et qu'il connaît cette... tout le monde a des appli sur son téléphone et euh... non je pense il y a pas de problème. C'est pas parce que je suis médecin que je peux pas euh... ça m'arrive parfois de proposer Petit BamBou des choses comme ça aux gens. Mais non je pense que ça fait partie aujourd'hui des petits... c'est des outils, des aides, c'est bien.*

Les patients pourraient être curieux, intéressés par un **outil nouveau et original**

- *B8 : Certains patients peuvent être réceptifs à ce genre de choses, se dire « c'est original elle propose quelque chose de différent »*

- *A5 Je pense que si on a étudié à qui on le propose, enfin ceux que je pense cibler, je pense qu'ils seraient intéressés parce que c'est nouveau.*
- *A1 : Je pense qu'il y en a qui seraient bien motivés, qui seraient curieux de voir à quoi ça ressemble.*
- *A4 : La plupart seraient curieux, ils la téléchargeraient. Je pense que la curiosité c'est le moteur !*
- *B3 : Je pense que certains seraient étonnés, parce que c'est un peu nouveau quand même, les applis médicales, mais pas forcément réfractaires non plus. Plutôt ouverts je pense.*
- *A5 : Ah oui, je pense à une patiente qui serait sûrement intéressée (...) à chaque fois il y a un moment dans sa vie personnelle qui a fait qu'elle a rechuté mais elle est très en demande. Donc je pense que ça pourrait être un outil nouveau et intéressant à lui proposer.*

Les patients apprécieraient le fait que ce soit une **alternative non médicamenteuse**

- *A2 : Il y a des patients qui sont vraiment anti-médicaments ou qui tolèrent mal avec des effets indésirables et bien « tiens j'ai autre chose à vous proposer ! Et c'est « naturel » ! .*
- *A3 [quand on demande a priori comment il se sentirait en tant que « prescripteur » d'appli] Et bien ... sans problème ! Au même titre que parfois ça m'arrive de prescrire de l'activité sportive. C'est quelque chose qui peut paraître bizarre d'un premier abord mais finalement il y a l'effet psychologique : le fait que le médecin ait prescrit quelque chose de non médicamenteux.*
- *A3 : Mes patients sont généralement contents qu'on leur propose quelque chose, qu'on prenne en charge leur problème et qu'on leur propose quelque chose qui n'est pas forcément un médicament.*

Plusieurs médecins considéraient qu'en **prenant le temps d'expliquer l'intérêt et l'objectif** de l'application et en la **proposant de façon ciblée**, il n'y avait pas de raison qu'elle soit mal reçue.

- *A2 [quand on demande s'il pense que ça puisse affecter sa légitimité de médecin] Non absolument pas parce que si derrière on comprend le but et si je cible bien la*

*population, non. On va l'informer et derrière on va analyser ensemble donc je pense que le patient comprendra. Je ne me sentirais pas du tout affecté dans ma légitimité. Quand c'est logique et que c'est adapté, il n'y a pas de raison que cela affecte la relation.*

- *A8 Ça va être bien accepté je pense. Je suis quelqu'un qui parle beaucoup, qui explique et je leur expliquerai bien pour qu'ils ne se sentent ni jugés, ni mal à l'aise. J'expliquerai bien que c'est un outil supplémentaire, pour eux : pour qu'ils comprennent si vraiment il y a un problème réel et pour moi sur quelle prise en charge proposer.*
- *A8 [on demande s'il pense que l'appli peut affecter la relation de confiance] Non, si on explique dès le départ, que ce n'est pas un flicage, que ce n'est pas pour le juger mais uniquement pour lui pour l'aider et pour m'aider dans la prise en charge. Il faut bien l'expliquer dès le départ qu'il n'y ait pas de zone d'ombre et de questions ou de choses non dites pour que le patient se méfie après.*
- *B7 : Avant l'accueil, il y a la façon dont on présente et les objectifs que l'on fixe à l'application, et cet échange qu'il y aura dans l'alliance. « On va utiliser ça ensemble, dans tel but et voilà ce que ça va vous apporter ».*

Enfin, certains médecins étaient assurés de la **relation de confiance** qu'ils ont avec leur patients à qui ils proposeraient l'appli.

- *B4 [quand on demande s'il redoute certaines réactions] Ah non. On a une relation de confiance quand même quand on reçoit un patient.*
- *B3 : Je ne pense pas que ça change quoi ce soit. Faut qu'il y ait déjà des bases de confiance, qu'on en ait déjà parlé.*
- *A3 : [on demande comment il se sentirait en tant que « prescripteur d'appli »] Et bien ... sans problème ! [...] Si déjà, la relation médecin-malade est bonne à la base et qu'ils font confiance à leur médecin.*

## II. Possible mauvaise réception de Mydefi

### 1) Facteurs pouvant freiner l'acceptabilité

#### A/ Mydefi pourrait être mal reçue par certains profils de patients

Selon les praticiens, certains facteurs pourraient faire en sorte que Mydefi soit mal reçue par les patients.

Certains **patients âgés ou peu portés sur la technologie numérique** ne seraient probablement pas intéressés

- *B3 (médecin remplaçant) Peut-être pour les personnes de la vieille génération pas du tout dans l'air du numérique, ils vont se dire « elle est jeune, les jeunes sont tous dans le numérique », ils se diraient « qu'est-ce que c'est que ce truc ».*
- *A2 Une personne qui n'est pas trop habituée, je pense que ça la gonflerait surtout parce qu'elle ne maîtrise pas ces outils là, elle n'aura pas envie. [...] Le patient vieille école se dira que je ne veux plus le voir, que je me décharge derrière cette application.*
- *B8 : D'autres qui sont pas du tout branchés sur ce genre de chose qui vont se dire « mais c'est quoi ça... ! » Ça dépend vraiment de la personne.*
- *A8 : J'ai peur qu'ils me répondent « oh je ne sais pas télécharger des applications » ou « je n'ai pas le temps » ou « est-ce que c'est payant ? ». Je pense que ce seront les premières réactions.*

Les **patients dans le déni pourraient même mal réagir**, ou être gênés lorsqu'on leur propose l'appli.

- *A2 Si c'est une consultation où déjà le patient est en déni de sa problématique, là il peut se braquer.*  
*I : Tu parlais de l'utiliser dans le dépistage, tu penses qu'ils réagiront comment ?*  
*- S'ils sont dans le déni, très mal ! Selon le stade, ils peuvent réagir différemment.*
- *A4 Ça peut en gêner certains oui quand même : ceux qui n'ont vraiment pas envie de savoir, ils peuvent refuser.*

## **B/ Craintes que les données soient enregistrées et exploitées**

Des médecins s'attendaient à ce que certains patients **se méfient que MyDefi enregistre leurs données.**

- *A8 Ils vont se demander aussi si les données vont être mises à la connaissance d'autres personnes, si elles vont être utilisées. Est-ce que leur identité va être révélée ? Est-ce que ça va être mis en interconnexion avec d'autres médecins ? Donc je pense que certains pourraient être méfiants et ça pourrait être un frein mais il faudra leur expliquer ce qu'il en est vraiment.*
- *B1 Il y en aura qui diront « ce n'est pas pour moi ». Ou alors des gens qui se méfieraient, ah oui, oui ceux qui sont contre tout ceux qui sont un peu... complotistes ! Il y en a beaucoup des gens qui sont un peu complotistes, ça oui il y en a qui le prendraient mal.  
I : Pourquoi ? Ben parce que, on va les encadrer, « c'est soi-disant anonyme, mais en fait c'est pas anonyme du tout », que tout le monde a accès à ça... Oui, oui le complotiste moyen ne voudra pas ça !*
- *B1 : « Ce qu'on a dit tout à l'heure, ils vont dire « ouais ça va tout enregistrer, ça ne vous regarde pas et puis mon patron... maintenant on voit tout sur internet... » ... non ça je comprends, mais il va le refuser, point. »*

Même si d'autres considéraient qu'il s'agissait **simplement d'un point à éclaircir** pour le patient lorsqu'on lui propose l'appli, sans pour autant freiner l'acceptabilité :

- *A4 Non, il y a quelques intellos qui me poseraient la question du devenir des données, donc il faut que j'ai la réponse à cette question : de savoir où ça va, si c'est enregistré, si c'est analysé etc. C'est extrêmement important pour quelques-uns.*
- *B8 [quand on demande a priori ce qu'elle attend d'une application pour aider à diminuer la conso OH] déjà pour eux, pour qu'ils acceptent de s'en servir, qu'il y ait de l'anonymat complet, qu'ils soient sûrs que leurs données ne vont nulle part et qu'il n'y ait qu'eux qui puissent... Parce que c'est hyper délicat comme sujet parce que je pense que ça calcule la quantité d'alcool qu'ils boivent mais pour qu'ils soient honnêtes il faut vraiment que ce soit confidentiel.*

- A4 : « Alors si tu penses aux données de santé, au recueil de données... bon, il faut informer le patient que les données qu'il va recueillir sont utilisées mais voilà je pense que ça pose de problème à personne, sauf à quelques philosophes et aux penseurs de haut niveau ! »

### **C/ Le patient pourrait penser que le médecin cherche à « se débarrasser » de lui**

Certains médecins pensaient qu'il était **important d'explicitier** au patient que l'application ne serait qu'une aide et **que le suivi médical serait poursuivi**, afin qu'il ne se sente pas « abandonné ».

- A6 Ça pourrait être un risque que le patient perçoive l'application comme un outil pour se débarrasser de lui. Et pas à tort, on pourrait imaginer que des médecins l'utilisent comme ça...
- A6 [on demande comment améliorer l'appli] Je ne sais pas peut-être des messages : « en cas de difficultés, parlez-en avec votre médecin », peut-être que l'application puisse servir de lien... Je ne sais pas s'il y a des messages dans ce sens-là : c'est-à-dire toujours être dans le soin qu'il ne parte pas en électron « il m'a prescrit cette application et maintenant je me débrouille » mais voilà [...] Donc des messages pour encourager le lien pour que le patient ne se sente pas non plus abandonné avec une application.
- B9 C'est-à-dire s'il y a une réception un peu sceptique, on peut dire « non mais attendez, c'est qu'un outil de plus pour vous aider et ça ne remplace pas... le plus important c'est ce qu'on se dit, ce que vous faites » enfin voilà faut... Voilà, relativiser les choses.
- A2 Après je pense que certains patients pourront se dire que je veux me débarrasser d'eux mais je travaillerai dessus en leur disant « vous avez peur que je ne vous vois plus ? ». Il y a peut-être autre chose à creuser derrière. Mais non, pas de soucis, je pense que bien expliqué en cassant d'entrée ce côté « je me décharge en proposant une appli » en utilisant le côté du suivi. Je vais lui dire : « l'application elle est sur trois mois, quand est-ce que vous voulez quand se revoit ? c'est vous qui décidez ! ». Comme ça le patient est un peu maître du suivi et va se dire « ce n'est pas pour m'occuper pendant 3 mois, il va me revoir ».

## D/ Une application payante

### Frein du fait que l'application soit payante

Pour certains médecins, le caractère payant de l'application serait un **frein psychologique, mal accepté de principe.**

- *B4 Oui c'est à mon avis rédhibitoire même, que ce soit un logiciel payant. Je pense que ce serait un frein. Le simple fait de payer, bien que l'on dise qu'il faut payer pour se soigner, mais là pour avoir un logiciel à mon avis ça va pas le faire. Pour avoir une application en général les applications tu peux les avoir gratuitement... Si tu veux, le fait de payer un médecin ou un psychologue tout ça, ça peut être important d'avoir à payer pour se prendre en charge, que ça ait une valeur, l'acte, d'accord. Mais qu'une application où il n'y a pas quelqu'un derrière, qui soit payante même si c'est pas cher, à mon avis c'est un frein parce qu'il n'y a pas un travail humain derrière et je pense qu'on aura du mal à le faire admettre.*
- *B2 Mais il y a peut-être un frein par rapport au fait que ce soit payant, c'est psychologique hein, c'est dans les représentations.*
- *A6 Comme autres freins... Alors effectivement la question du paiement de l'application même si on est à moins de 5 euros. Là c'est symbolique, il y a tellement d'applications gratuites, que bon, qu'est-ce qu'ils diront là-dessus ? Je me dis que peut-être chez certains patients ça peut être un frein.*
- *A3 Il y a éventuellement le prix, même s'il est dérisoire, à partir du moment où tu dois payer ne serait-ce qu'un ou deux euros (c'est pareil dans le sevrage du tabac, quand les patchs n'étaient pas remboursés alors qu'ils valaient bien moins cher qu'un paquet de cigarettes par jour) ça fait partie des croyances et des freins psychologiques : quand il faut déboursier des sous, ça peut freiner.*

Ce serait d'autant plus un frein chez les **patients précaires**, qui ne seraient pas rares parmi les patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool

- *B6 ... si on n'est pas prêt à mettre 5 € c'est qu'on n'est quand même pas très motivé ou alors qu'on est vraiment à la ramasse financièrement, ce qui est quand même souvent le cas dans ces populations. Ouais 5 € il faut pas que ce soit plus cher hein ! \*rire\**



- *B5 Ben les patients qui sont à la CMU, et qui ne voudront pas mettre 5 € dans une appli hein, ah non ça c'est sûr ! Surtout si avec 5 € ils peuvent avoir un pastis, ça \*rire\*, ça c'est sûr !*
- *A4 il y a beaucoup de précaires quand même chez les alcooliques. Et 4.5 euros pour un précaire, il va préférer se payer un paquet de clopes qu'une application sur IOS.*

Quelques patients pourraient tout simplement avoir **du mal à payer via l'informatique**

- *B4 Bah déjà si elle est payante j'aurai des réactions négatives, ça à mon avis, ils n'aiment pas trop les gens. D'abord payer une application c'est pas facile, moi je n'aime pas trop payer une application, parce que tu sais pas trop comment tu payes, c'est pas tout le monde qui est calé en informatique pour aller payer une application via sa carte bleue sur un site informatique, c'est pas évident pour les gens du tout-venant qu'on soigne. Donc, c'est un frein déjà.*

Le prix nécessiterait du médecin un certain **effort de « promotion »** de MyDefi

- *A1 Après voilà, les freins ça serait vraiment après peut être vis-à-vis du praticien « vendre » l'application et vraiment l'expliquer aussi avant... [...] Si on lui dit « allez, téléchargez cette application » et qu'il voit que c'est payant, à mon avis ce sera un frein assez majeur.*

Pour deux médecins, le prix découragerait finalement **surtout les patients qui ne sont d'emblée pas très motivés** au changement

- *B6 Alors là ouais je sais pas... C'est vrai que c'est pas énorme euh... je sais pas. Ça fait qu'il faut d'autant plus à voir des gens motivés quoi. Mais bon ça peut être aussi un gage de motivation si le patient l'a pas acheté enfin c'est qu'il y a pas de motivation. Après c'est comme tout oui, si on est prêt à payer, à mettre un petit truc ça veut dire qu'on a quand même une motivation. Si on ne va même pas la chercher... Si on n'est pas prêt à mettre 5 € c'est qu'on n'est quand même pas très motivé !*
- *A2 : « bon je pense que 5 euros, quand on paye des consos bien plus chères et bien c'est une question de motivation. Si le patient n'est pas prêt à payer cette somme et bien je pense qu'il n'est pas encore prêt pour cette démarche de réduction.*

Plusieurs médecins soulignaient que le **remboursement** de l'appli par la sécurité sociale serait souhaitable, pour améliorer l'acceptabilité et valoriser l'appli.

- *A6 Pourquoi pas à ce moment-là la prescription qui permettrait un remboursement serait une façon de symboliquement reconnaître que c'est une application sur prescription médicale et donc qui est reconnue et validée.*
- *A8 Si c'est pris en charge par la sécu, je pense que les gens adhéreront beaucoup plus facilement et nous on sera plus à l'aise pour leur proposer sans enjeux économique dedans, pas d'entrave à l'adhésion donc ça me semble beaucoup plus facile comme ça.*
- *A6 : Si effectivement il y a une prescription qui permet une prise en charge, je pense que ça renforcerait le regard d'un outil médical, ça le validerait aux yeux des patients : ce n'est pas juste une application comme Candy Crush, pour faire « mumuse » !*

### **Pas ou peu de frein**

Plusieurs praticiens pensaient cependant que le prix de l'application restait **raisonnable** et ne devrait pas être un obstacle majeur

- *B2 Ce qui peut se produire c'est comme c'est une application payante, les gens vont dire « oui je n'ai pas l'argent pour la payer », sauf que c'est ce que je disais tout à l'heure comparé au prix d'une bière euh... le sujet n'est pas là !*
- *B9 Bah, il peut oui, il peut y avoir des gens qui vont éventuellement y réfléchir mais ce n'est a priori pas prohibitif comme prix !*
- *A2 Après, le prix... bon je pense que 5 euros, quand on paye des consos bien plus chères et bien c'est une question de motivation. Si le patient n'est pas prêt à payer cette somme et bien je pense qu'il n'est pas encore prêt pour cette démarche de réduction. Ça permet déjà de sélectionner. Pour moi, le prix ne doit pas être un frein sinon c'est plutôt un problème d'orientation de démarche et dans l'adhérence du patient.*

- *A7 Pour moi le prix n'est pas un frein, les gens dépensent plus pour des conneries, comme par exemple l'alcool ! Quand on les motive pour arrêter de fumer on leur dit qu'ils vont faire économies donc là c'est la même chose.*

Pour deux d'entre eux, le fait que l'application soit payante pourrait même la **valoriser et mieux impliquer le patient** dans son utilisation

- B2 Et d'ailleurs les 5 € cela veut dire euh... ça engage la personne qui installe l'application en y mettant quelques euros, ça l'engage à s'en servir, plus que si elle l'avait installé sans payer pour tester, elle utilise deux-trois jours et puis hop ça passe à la poubelle.
- B1 Oh non, ça c'est bien, le médecin peut leur offrir à la limite 5 €... ça va ça vient.  
*I : Vous ne pensez pas que c'est un frein ? C'est mieux que zéro même je pense.*  
*I : Ah oui pourquoi ? Je sais pas, ça implique un peu la personne. C'est mieux que gratuit !*  
*I : ça l'implique un peu c'est-à-dire ? Eh ben dans la mesure où il donne 5 € c'est pour s'en servir ! Je pense que c'est mieux que zéro.*

## 2) **Possible impact négatif sur la relation médecin-patient**

L'un des médecins interrogés pensait que certains patients pourraient se servir de l'application pour le **mettre en défaut**, s'il voulait leur faire prendre conscience de l'importance de leur consommation alors qu'ils sont **dans le déni**.

- *B7 Le problème c'est que quand ils sont dans le déni, ils sont dans le déni, outil ou pas outil... Ils vous diront « (mauvaise foi) tenez, regardez, un verre mercredi c'est tout». Là on ne peut plus rien dire, ça peut être à double tranchant. Soit le mec est d'accord pour évaluer vraiment, soit il va vous tordre le cou avec ça et vous allez repartir une main devant une main derrière et là pour revenir ça va être compliqué...*
- *B7 Sauf si vous l'utilisez comme outil pour mettre en évidence quelque chose que le patient n'a pas envie de vous donner, à ce moment-là ça ne va pas renforcer [l'alliance thérapeutique].*  
*I : Ça pourrait avoir l'effet inverse ?*

*Ah ben oui ça peut. « Ah ben voilà vous aviez tort, toc ! Vous vous êtes trompé docteur ». Un patient qui vous dit ça, il n'est pas content généralement.*

### **III. A quels patients proposer l'application ?**

#### **1) On peut tenter avec n'importe qui**

Certains médecins avaient le sentiment qu'ils pourraient tenter de proposer l'application à n'importe quel patient, y compris à ceux chez qui ils suspecteraient une forte probabilité de refus ou d'inefficacité

- *B5 [on demande si elle pense qu'il serait inutile de proposer l'appli à certains profils de patient] Oui ! [...] Bah, le patient d'une soixantaine d'années qui est dans l'alcool depuis 20 ans et qui a pas envie de s'arrêter. Ou qui est dans le déni complet. Donc là ça sert strictement à rien, enfin pour moi ça sert à rien, je vais quand même le proposer mais je sais que ça ne marchera pas. Mais je vais le proposer quand même !*
- *B2 Il y aura de tout, il y aura des gens qui ne voudront pas, les gens qui seront dubitatifs mais qui diront « ben pourquoi pas je n'essaierais pas » ... Possiblement des gens qui seront très preneurs mais moi je n'attends pas grand-chose je propose.*
- *B8 (x2) C'est la base de la thérapie, il y en aura toujours qui seront insensibles à ça, pour qui l'application sera inutile. A priori je pourrais la proposer à n'importe quel profil de patient, ça coûte rien de lui proposer, après il adhère ou pas.*
- *A2 : Mais il ne faut pas avoir peur d'en parler ou de froisser le patient. On peut passer à côté de patients qui attendent que la problématique soit abordée par le médecin.*

#### **2) Plutôt des patients ciblés**

D'autres pensaient plutôt proposer à des **patients ciblés**, qu'ils penseraient **motivés**.

- *A4 : Donc c'est réservé aux gens avec qui on a un contrat moral avec le médecin, c'est-à-dire à partir du moment où on établit un lien et avec qui on va dire « aller, on va se lancer dans le servage, je vais vous accompagner avec cette application ».*

- *B2 : Et puis il y a des patients qui seront complètement réfractaires à l'idée qu'ils consomment trop, à l'idée d'arrêter et ça, ça va être compliqué de leur en parler, je ne vais pas partir la fleur au fusil avec tout le monde. »*
- *A5 : Je pense que si on a étudié à qui on le propose, enfin ceux que je pense cibler, je pense qu'ils seraient intéressés »*
- *B6 : Si je le propose c'est que je sens que le patient est quand même "open"*
- *B6 : C'est toujours un outil qui peut aider... une population ciblée. Enfin je pense. Mais pas toute la population des alcooliques.*

### 3) **Proposer l'application à un moment propice**

Deux praticiens soulignaient qu'il faudrait **choisir un moment adapté** pour proposer l'application

- *B9 Oh ben il faut toujours essayer. Bon si on a un patient je sais pas avec une grosse consommation, beaucoup de souffrance et de besoin d'écoute et de bienveillance et d'alliance thérapeutique, bon en premier lieu ce n'est peut-être pas adapté de la proposer tout de suite, ça peut amener à décaler ça un peu plus tard...*
- *B3 [on demande si le fait de proposer l'appli peut impacter la relation de confiance avec les patients] Mmh non. Mais encore une fois, je pense qu'il faut le proposer à un moment approprié, quand le patient est enclin à... Enfin c'est toujours pareil. Quand il demande de l'aide, du coup je lui propose de l'aide. Je ne pense pas que ça change quoi ce soit. Faut qu'il y ait déjà des bases de confiance, qu'on en ait déjà parlé.*

## DISCUSSION

### *Résultats principaux et comparaison avec la littérature*

Dans l'analyse thématique, les médecins voient MyDefi comme une aide potentielle dans la pratique médicale. Elle pourrait être proposée en amont, pendant ou après la consultation médicale.

Elle permettrait tout d'abord selon eux de faciliter le repérage des consommations à risque en aidant les praticiens à quantifier la consommation en alcool des patients.

Selon certains médecins, ce repérage pourrait être fait grâce à MyDefi, de façon plus rapide et plus efficace. Ce premier point est intéressant dans la mesure où le manque de temps est l'un des obstacles au repérage les plus souvent évoqués par les médecins généralistes (29,61).

Un autre avantage potentiel de l'agenda de consommation quotidien a été évoqué par plusieurs médecins : il pourrait permettre une analyse plus précise et plus pertinente du mode de consommation du patient. Ils pensaient en effet que le fait de mieux identifier les moments où le patient boit de l'alcool pouvait aider à aborder les raisons de cette consommation, ainsi que les objectifs de réduction à fixer sur la base directe de ces déclarations.

Des médecins pensaient également pouvoir se servir de MyDefi pour repérer d'éventuels usages à risques chez des patients qui ne se rendent pas compte de l'importance de leur consommation en leur faisant tenir l'agenda de consommation quotidien. Cela rejoint ce qui avait été relevé dans le focus sur la partie « Effets thérapeutiques – Prise de conscience des consommations » : si l'application aide le patient à mieux se rendre compte de l'importance de son usage d'alcool, le médecin pourra alors plus facilement repérer celui-ci comme étant à risque voire nocif.

La question de la fiabilité de l'auto-déclaration des consommations par les patients sur cet agenda de consommation a été abordée par plusieurs médecins et des idées contradictoires ont été évoquées. En effet, certains avaient l'intuition que les patients pourraient moins sous-estimer leurs consommations en la consignnant quotidiennement plutôt qu'a posteriori devant le regard de leur médecin, alors que d'autres pensaient que les patients pourraient rentrer de fausses déclarations et manquer d'honnêteté. Ce risque serait pour eux plus présent chez les

patients dans le déni ou pas motivés au changement. Le manque de fiabilité de l'auto-déclaration des patients est bien l'un des facteurs entravant le repérage des TUA évoqués par les praticiens dans la littérature (30,62). Il n'existe pas à notre connaissance de donnée de littérature comparant la consommation déclarée d'alcool en consultation versus via une application. Cependant des études montrent que la déclaration par un recueil quotidien via une messagerie téléphonique automatisée sous-estimerait moins la consommation par rapport à une déclaration rétrospective (63–65). Il est donc possible que le rapport quotidien des consommations sur l'application puisse apporter le même avantage que cette dernière méthode.

Il semble intéressant de souligner que, si le report quotidien de la consommation par le patient est une technique d'autorégulation comportementale ayant fait ses preuves (66), le principe de se servir des données rentrées par le patient pour le mettre en défaut, comme évoqué par certains praticiens interrogés ne semble pas souhaitable. En effet, l'approche « confrontationnelle » qui peut amener le médecin à vouloir « forcer » le patient à admettre une consommation excessive est moins efficace voire contre-productive (67).

Davantage qu'un outil d'aide au repérage, MyDéfi est vue comme une aide potentielle à la prise en charge de patients ayant un TUA. De façon pratique, elle constituerait un support sur lequel le praticien peut se baser en consultation pour orienter la discussion, fixer les objectifs de réduction avec le patient et planifier son suivi.

De plus certains médecins se disaient plutôt démunis lors des consultations pour ce motif et voyaient l'application comme une aide bienvenue qui leur permettrait d'avoir quelque-chose à proposer pour avancer dans la prise en charge, notamment lorsque le délai d'attente pour consulter un spécialiste est long. Le manque d'outil et le sentiment d'impuissance sont effectivement des obstacles au RPIB cités par les médecins dans la littérature (30).

D'autres médecins voyaient MyDefi comme une aide complémentaire à leur pratique, permettant de faciliter le suivi des patients et de leur consommation, d'apporter un soutien supplémentaire en terme d'éducation thérapeutique et d'entretien motivationnel, voire de moins recourir à l'addictologue ou à des prescriptions médicamenteuses.

Enfin, selon trois médecins, MyDefi pourrait aussi les aider en renforçant leur légitimité auprès des patients. Cela peut être selon l'une d'entre eux par argument d'autorité, du fait que l'application soit développée par des spécialistes en addictologie. Le fait de se baser



directement sur les consommations tracées par le patient lui-même donnerait également plus de légitimité selon un autre.

Selon trois praticiens, MyDefi pourrait donner une motivation supplémentaire au médecin pour repérer davantage les TUA. Une étude suggère qu'en effet le sentiment de légitimité et de confiance du médecin généraliste concernant l'abord de la question de l'usage d'alcool et sa prise en charge pourrait mener à une augmentation du repérage en pratique, bien que cet effet soit faible et non associé à une augmentation de la pratique de l'intervention brève (68).

Il semble néanmoins intéressant de rappeler que tous les médecins n'ont pas eu le sentiment que MyDefi pouvait leur être d'une aide particulière dans la prise en charge des TUA. Certains ont en effet un doute sur son efficacité et ne la voient pas avoir particulièrement d'impact sur leur pratique. Ce point est abordé dans le focus sur le « Contenu expert de l'application ».

L'utilisation de MyDefi dans la pratique médicale est un investissement en temps. Pour certains médecins, sa simplicité d'utilisation en faisait un outil rapide à proposer, qui s'intégrerait facilement à la consultation. En revanche pour d'autres, le temps à prendre pour obtenir l'adhésion du patient et lui expliquer les principes et objectifs l'application, ainsi que le temps pris au préalable pour bien la connaître pouvait être un frein à son implémentation. D'autres enfin pensaient que cet investissement en temps serait rentable car il permettrait d'en gagner plus tard. Le manque de temps est un obstacle au repérage fréquemment évoqué par les praticiens, d'autant plus que les patients ayant un TUA consultent le plus souvent pour d'autres motifs (69). La même ambivalence autour de cette question de gain ou perte de temps lié à l'utilisation d'applications se retrouve dans une revue de la littérature (70). Néanmoins, dans des études plus récentes chez des médecins généralistes français, ce facteur est le plus souvent vu comme un obstacle (71,72).

Il semble intéressant pour l'équipe ayant développé MyDefi de rappeler que certains médecins soulignaient l'intérêt de la mise à disposition en ligne d'une démonstration de l'application pour faciliter le travail des praticiens qui aimeraient la proposer à leurs patients.

Si l'application est vue comme une aide potentielle, les médecins précisaient qu'elle se devait de ne rester qu'un complément à leur pratique. Son utilisation doit selon eux rester encadrée par le praticien qui la conseille, principalement parce qu'ils pensaient que l'application n'aurait pas d'efficacité si les patients l'utilisaient seuls. Ce point est discutable car on peut

retrouver des études sur d'autres applications montrant une efficacité chez des étudiants (73) ou des consommateurs adultes en usage à risque (74) en dehors de tout suivi médical spécifique.

Une des praticiens pensait qu'il y avait un risque de rupture de suivi des patients à qui on proposerait MyDefi, et plusieurs disaient qu'il fallait bien leur expliquer que le suivi serait poursuivi en parallèle à son utilisation. Certains auraient aimé que l'application encourage les patients à garder un suivi médical. Cette crainte que l'application puisse être vue comme un substitut au médecin est présente dans une autre étude qualitative (71).

La question de la communication directe via l'application entre le médecin et le patient a été abordée. Pour un médecin interrogé, l'absence de moyen de communication direct était un défaut majeur qui limite l'intérêt de MyDefi. Quand on les questionnait sur leurs attentes a priori vis-à-vis de l'application, certains médecins imaginaient un système d'appel à l'aide pour être mis en relation avec un soignant en cas de besoin. Cela dit, cette idée n'a pas été reprise après la présentation de Mydefi, notamment lorsque l'on demandait quelle amélioration y ajouter.

De même, si certains avaient pensé à un système de *feedback* personnalisé des consommations assuré à distance par une tierce personne, tous s'accordaient sur le fait que cela semblait difficilement faisable, voire irréaliste. D'autres médecins disaient au contraire qu'il ne fallait surtout pas que l'application puisse servir au patient à être mis en communication directe avec le médecin, car cela représenterait un surplus de travail difficile à gérer. Ce dernier point est également abordé dans l'étude qualitative précédemment citée (71), où les médecins craignaient d'être « inondés » de données et de questions quotidiennes.

Le dernier grand axe d'analyse de notre étude portait sur la réception attendue de MyDefi par les patients à qui on la proposerait.

La majorité des médecins s'attendaient à ce que cette réception soit globalement bonne. Ils ne s'attendaient pas à des réactions négatives, au-delà de la simple surprise. Pour eux, si l'application devait avoir un impact sur leur relation avec leurs patients, ce ne pourrait être qu'en positif. MyDefi pourrait en effet renforcer la relation de confiance, car le patient pourrait apprécier que le médecin fasse l'effort de chercher un outil pour l'aider, qui plus est original et non médicamenteux. Ils pensaient également qu'en prenant le temps de bien

expliquer le principe et l'objectif de l'application, il n'y avait pas de raison pour que sa réception soit mauvaise.

Néanmoins, certains médecins évoquaient de possibles réactions négatives à la proposition de MyDefi, notamment chez les personnes âgées et surtout chez les patients dans le déni de leur pathologie. L'un des médecins évoquait même la possibilité d'un impact négatif de l'utilisation MyDefi sur la relation médecin-patient. En effet, il disait que si elle était utilisée pour « prouver » au médecin qu'il avait eu tort de suspecter une consommation excessive d'alcool, cela pouvait se retourner contre lui.

La crainte que les données soient exploitées a été citée comme un facteur pouvant potentiellement freiner son utilisation. Cela dit, pour plusieurs médecins cette crainte pourrait être levée facilement après quelques explications et ne concernerait probablement qu'une minorité de patients particulièrement méfiants. Une revue systématique d'études qualitatives retrouve qu'en effet la question de la sécurité des données est l'une des principales préoccupations des patients à propos des applications utilisées en santé (75).

Certains médecins pensaient que l'application pouvait être vue par les patients comme un moyen de se « débarrasser » d'eux en se déchargeant sur celle-ci. Ils disaient donc qu'il fallait bien préciser au patient que le suivi serait assuré en parallèle pour lever tout malentendu.

Enfin, le caractère payant de l'application était un autre facteur évoqué pouvant affecter l'acceptabilité de MyDefi auprès des patients. Certains médecins y voyaient un frein certain. En effet, il y aurait selon eux un frein psychologique devant une application payante, notamment lorsqu'elle a un rapport avec la santé. De plus ils disaient que les consommateurs à risque d'alcool étaient souvent issus de milieux précaires, pour qui le prix serait d'autant plus un frein. Toutefois, s'il est vrai que les consommations à risque de dépendance (score AUDIT > 14) sont deux fois plus fréquentes chez les personnes sans emplois, les prévalences d'usage « dangereux » (AUDIT entre 7 et 14) restent néanmoins non négligeables dans la population active, chez les hommes (plus de 16% quelle que soit la catégorie professionnelle) et les femmes chez qui le niveau socio-professionnel n'est pas un facteur protecteur (scores AUDIT significativement plus élevés chez les cadres) (76).

A l'inverse, pour d'autres médecins, le prix restait abordable, notamment comparé au prix des boissons alcoolisées, et ne devrait pas être un frein majeur. Deux d'entre eux pensaient même que le fait qu'elle soit payante valoriserait l'application et favoriserait son utilisation une fois

téléchargée. Le prix des applications est un facteur qui a été peu évoqué parmi les freins potentiels à leur utilisation par les patients dans la revue de littérature précédemment citée (75). Ce point n'apparaissait en effet que dans deux des 43 articles référencés (dont l'un des deux concernait une population rurale d'Afrique du Sud). Les préoccupations des patients en terme d'accessibilité étaient plutôt en rapport avec les difficultés de connexion à internet, ainsi que la difficultés d'utilisation des *smartphones* par les personnes âgées. Ce dernier point a été abordé dans notre analyse dans le focus sur la partie « disposer d'un outil usable ».

Au final, certains médecins se voyaient proposer l'application à n'importe quel patient, même s'ils s'attendent à un refus ou à une utilité limitée chez certains profils (patients dépendants, patient dans le déni...), en se disant que cela ne coûte rien d'essayer, qu'elle ne pourrait être qu'un atout. Néanmoins, parmi eux certains admettaient qu'ils n'allaient pas tenter chez tous les patients à risque qu'ils repéreraient, notamment chez ceux qu'ils ne sentiraient pas motivés. D'autres médecins pensaient proposer MyDéfi à une population plus ciblée, plutôt à des patients jeunes, motivés à s'engager dans un processus de changement.

### ***Forces et limites de l'étude***

Un des points forts de cette étude était son originalité puisqu'il s'agissait du premier travail concernant MyDéfi. Plus généralement, il n'y a actuellement aucune étude publiée sur Pubmed portant sur une application en langue française destinée aux patients ayant un TUA. Bien que les utilisateurs soient les patients, le point de vue des MG était important pour une optimisation d'un outil qu'ils pourraient potentiellement leur proposer. De plus, il était pertinent de les interroger puisqu'il ressort dans la littérature que les MG sont en demande d'outils d'aide à la prise en charge des patients présentant un TUA (29,61). Une méthode de recherche qualitative au moyen d'entretiens semi-dirigés individuels était appropriée et cohérente pour répondre à la question de recherche. Grâce aux questions ouvertes, les médecins interrogés ont pu donner des points de vue libres et variés et ainsi, favoriser une exploration thématique la plus large possible.

Une autre force de l'étude était que l'échantillon des médecins interrogés était varié pour toutes les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles qui avaient été relevées. Nous avons pu notamment interroger aussi bien des médecins qui avaient suivi des formations spécifiques en addictologie que des médecins qui affirmaient n'avoir que peu de

connaissances et d'expériences dans ce domaine, ce qui a probablement contribué à varier d'autant plus les opinions.

Il existait un probable biais de recrutement des participants du fait qu'ils n'étaient pas tirés au sort et que la majorité d'entre eux ont été recrutés par connaissance des auteurs. On peut penser que les médecins qui ont accepté de participer étaient plus intéressés par les thèmes étudiés.

Le recrutement par connaissance semblait l'option la plus faisable dans le contexte d'épidémie de Covid 19 dans lequel l'étude s'est déroulée. Les auteurs ont cherché à instaurer un climat de confiance avec les médecins interrogés, en leur assurant le respect de leur anonymat et l'absence de liens d'intérêt avec les concepteurs de l'application. Ils étaient ainsi encouragés à s'exprimer librement et sans crainte afin de réduire le biais d'animation. L'inexpérience des deux investigateurs, internes en médecine générale, à mener des entretiens semi-dirigés a pu jouer sur la qualité des premiers entretiens. Mais la répétition des entretiens, l'apprentissage de la technique d'entretien et l'adaptation des questions en fonction du déroulement de chaque entretien a permis d'en améliorer la qualité. De même, un biais de subjectivité a pu être introduit par ce manque d'expérience, car même si le guide d'entretien était constitué de questions ouvertes et s'il se voulait le moins directif possible, il a pu orienter les réponses des MG interrogés. Afin de réduire au minimum ce biais, des entretiens tests ont été réalisés (et finalement inclus dans l'étude puisqu'ils n'avaient pas entraîné de modification du guide d'entretien) et les silences lors des entretiens ont été respectés.

Le biais d'interprétation inhérent aux études qualitatives a pu altérer la compréhension et l'analyse des propos des médecins interrogés. Afin de le limiter, les deux étudiants ont analysé le verbatim de façon indépendante puis une réunion avec leur directeur de thèse a été organisée pour réaliser une triangulation des données, ce qui constitue une force supplémentaire.

La vérification des résultats par les participants aurait permis de réduire d'avantage la subjectivité des interprétations mais pour des raisons organisationnelles cela n'a pu être fait. De plus, la transcription des entretiens a été réalisée mot-à-mot et en annotant les éléments de communication non verbale, afin d'améliorer l'authenticité des discours ainsi rapportés. Enfin, de nombreux éléments recueillis dans notre analyse étaient en cohérence avec la littérature existante, ce qui améliore la crédibilité des résultats.

En recherche qualitative, les critères de scientificité dépendent du respect des critères de validité interne et externe. Pour une critique objective de notre étude, une grille de lecture COREQ (annexe 1) a permis de les vérifier.

Une dernière faiblesse de notre étude est le fait que l'opinion des médecins interrogés reposait sur une présentation et une manipulation sur téléphone de MyDéfi de courtes durées. Il aurait été intéressant qu'ils aient l'occasion de tester l'application sur plusieurs jours pour se faire une meilleure idée de son fonctionnement. Cependant, la démonstration sur téléphone permettait de naviguer sur toutes les fonctionnalités de l'application. De plus les médecins interrogés ont pu lire une dizaine d'impressions d'écrans de messages personnalisés différents préalablement recueillies par les auteurs qui avaient utilisé MyDéfi sur plusieurs semaines. L'application étant payante et ne disposant pas de versions gratuites lors de la période d'étude, il paraissait difficile en terme d'organisation et d'acceptabilité de faire acheter, télécharger et essayer l'application à tous les médecins avant chaque entretien. D'autant plus que, pour avoir une bonne appréciation de l'adaptation des messages aux données de consommations par l'algorithme de MyDéfi, il aurait fallu l'utiliser sur plusieurs semaines.

### **Perspectives de recherche**

Cette étude met en évidence différents avantages que les médecins généralistes pensent pouvoir tirer de MyDefi dans leur pratique, ainsi que certains freins à son utilisation. Une approche qualitative ne peut intégrer les notions de représentativité de l'échantillon ni de généralisation des résultats. Pour cela, il serait pertinent de poursuivre ce travail par une étude quantitative qui préciserait l'acceptabilité globale de MyDéfi ainsi que de chacune de ses fonctionnalités par une échelle validée, auprès d'un plus grand nombre de médecins et par la suite auprès des patients utilisateurs.

MyDefi ne dispose pas encore de preuve scientifique de son efficacité. Un essai comparatif étudiant son efficacité sur la consommation en alcool chez des patients en usage à risque et/ou dépendants serait donc utile pour justifier son utilisation en pratique médicale. Une étude sur une nouvelle version à venir de MyDefi est justement prévue, son financement a été accepté par l'Institut pour la Recherche en Santé Publique (IRESP) et le début du recrutement est prévu pour l'année 2022.

## **Références bibliographiques :**

1. Bonaldi C, Hill C. La Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. Bull Epidémiol Hebd. 2019;(5-6):97-108.
2. Richard J-B, 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. 2019;(5-6):89-97.
3. Kopp P. Le coût social des drogues en France - Note de synthèse OFDT [Internet]. 2015 [cité 6 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/notes/le-cout-social-des-drogues-en-france/>
4. Corrao G, Bagnardi V, Zambon A, La Vecchia C. A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. Prev Med. mai 2004;38(5):613-9.
5. Rehm J, Zatonksi W, Taylor B, Anderson P. Epidemiology and alcohol policy in Europe. Addiction. mars 2011;106 Suppl 1:11-9.
6. Mesusage de l'alcool - recommandation de bonne pratique SFA 2014 [Internet]. [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf>
7. Brousse G, Bendimerad P, de Chazeron I, Llorca PM, Perney P, Dematteis M. Addendum: Brousse, G.; et al. Alcohol Risk Reduction in France: A Modernised Approach Related to Alcohol Misuse Disorders. Int. J. Environ. Res. Public Health 2014, 11, 11664-11675. Int J Environ Res Public Health. mai 2015;12(5):5406-7.
8. Luquiens A, Reynaud M, Aubin HJ. Is Controlled Drinking an Acceptable Goal in the Treatment of Alcohol Dependence? A Survey of French Alcohol Specialists. Alcohol and Alcoholism. 1 sept 2011;46(5):586-91.
9. Miller WR, Walters ST, Bennett ME. How effective is alcoholism treatment in the United States? J Stud Alcohol. mars 2001;62(2):211-20.
10. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Berglund PA, Caraveo-Anduaga JJ, DeWit DJ, Greenfield SF, et al. Patterns and predictors of treatment seeking after onset of a substance use disorder. Arch Gen Psychiatry. nov 2001;58(11):1065-71.
11. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. Bull World Health Organ. nov 2004;82(11):858-66.
12. Cunningham JA, Sobell LC, Sobell MB, Agrawal S, Toneatto T. Barriers to treatment: why alcohol and drug abusers delay or never seek treatment. Addict Behav. juin 1993;18(3):347-53.
13. Tucker JA, Vuchinich RE, Rippens PD. A factor analytic study of influences on patterns of help-seeking among treated and untreated alcohol dependent persons. J Subst Abuse Treat. avr 2004;26(3):237-42.
14. Grant BF. Barriers to alcoholism treatment: reasons for not seeking treatment in a general population sample. J Stud Alcohol. juill 1997;58(4):365-71.

15. Receipt of Services for Substance Use and Mental Health Issues among Adults: Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health [Internet]. [cité 30 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-DR-FFR2-2016/NSDUH-DR-FFR2-2016.htm>
16. Ambrogne JA. Reduced-risk drinking as a treatment goal: what clinicians need to know. *J Subst Abuse Treat.* janv 2002;22(1):45-53.
17. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol.* sept 1992;47(9):1102-14.
18. Berthoin G (DSS/SD6 EEPF. Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale - Maladie; PLFSS 2021. :181.
19. Beyer F, Lynch E, Kaner E. Brief Interventions in Primary Care: an Evidence Overview of Practitioner and Digital Intervention Programmes. *Curr Addict Rep.* 2018;5(2):265-73.
20. Bertholet N, Daepfen J-B, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med.* 9 mai 2005;165(9):986-95.
21. Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 24 févr 2018 [cité 15 oct 2019];2018(2). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6491186/>
22. Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL. Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings. *Med Care.* janv 2000;38(1):7-18.
23. Diaz Gomez C, Milhet M. Stratégies de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève en matière d'alcool auprès des médecins généralistes. OFDT [Internet]. 2005 [cité 3 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2005/strategies-de-promotion-du-reperage-precoce-et-de-lintervention-breve-en-matiere-d-alcool-aupres-des-medecins-generalistes/>
24. Gallois et al. Le problème « alcool » en médecine générale 2 301 réponses à un questionnaire d'auto-évaluation. *Médecine* 2006.
25. Michaud et al. Alcool,tabac,drogue le public fait confiance au médecin. *Rev PratMed Gen* 2003 ; 17 (611) :605-8.
26. Canouï-Poitrine et al. Le risque d'alcoolisation excessive : des écarts entre les déclarations des patients et l'avis des médecins. *DRESS. Etudes et résultats.* 2005;12.
27. Manthey J, Probst C, Hanschmidt F, Rehm J. Identification of smokers, drinkers and risky drinkers by general practitioners. *Drug Alcohol Depend.* 1 sept 2015;154:93-9.
28. Enquête alcool auprès des patients de médecins généralistes libéraux en Ile-de-France [Internet]. [cité 22 oct 2019]. Disponible sur: [https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/2002/Etude2002\\_7/alcool\\_1\\_.pdf](https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/2002/Etude2002_7/alcool_1_.pdf)



29. Rosário F, Santos MI, Angus K, Pas L, Ribeiro C, Fitzgerald N. Factors influencing the implementation of screening and brief interventions for alcohol use in primary care practices: a systematic review using the COM-B system and Theoretical Domains Framework. *Implement Sci.* 7 janv 2021;16:6.
30. Johnson M, Jackson R, Guillaume L, Meier P, Goyder E. Barriers and facilitators to implementing screening and brief intervention for alcohol misuse: a systematic review of qualitative evidence. *J Public Health (Oxf).* sept 2011;33(3):412-21.
31. 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 [Internet]*. 2017 [cité 1 mai 2020];12. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5425968/>
32. Huas D, Rueff B. Le repérage précoce et l'intervention brève sur les consommateurs excessifs d'alcool en médecine générale ont-ils un intérêt? *exercer* 2010;90(21):20-3 [Internet]. [cité 22 oct 2019]. Disponible sur: [https://campus-umvf.cnge.fr/materiel/pp.20-3\\_exercer\\_90\\_Alcool\\_Rueff\\_Huas.pdf](https://campus-umvf.cnge.fr/materiel/pp.20-3_exercer_90_Alcool_Rueff_Huas.pdf)
33. Keurhorst M, van de Glind I, Bitarello do Amaral-Sabadini M, Anderson P, Kaner E, Newbury-Birch D, et al. Implementation strategies to enhance management of heavy alcohol consumption in primary health care: a meta-analysis. *Addiction.* déc 2015;110(12):1877-900.
34. Rapport barometre numerique edition 2021 [Internet]. [cité 27 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.arcep.fr/uploads/tx\\_gspublication/rapport-barometre-numerique-edition-2021.pdf](https://www.arcep.fr/uploads/tx_gspublication/rapport-barometre-numerique-edition-2021.pdf)
35. Heron KE, Smyth JM. Ecological momentary interventions: incorporating mobile technology into psychosocial and health behaviour treatments. *Br J Health Psychol.* févr 2010;15(Pt 1):1-39.
36. Alwashmi M, Hawboldt J, Davis E, Marra C, Gamble J-M, Ashour WA. The Effect of Smartphone Interventions on Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbations: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR mHealth and uHealth.* 1 sept 2016;4(3):e5921.
37. van der Heijden M, Lucas PJF, Lijnse B, Heijdra YF, Schermer TRJ. An autonomous mobile system for the management of COPD. *Journal of Biomedical Informatics.* 1 juin 2013;46(3):458-69.
38. Deng N, Chen J, Liu Y, Wei S, Sheng L, Lu R, et al. Using Mobile Health Technology to Deliver a Community-Based Closed-Loop Management System for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients in Remote Areas of China: Development and Prospective Observational Study. *JMIR Mhealth Uhealth.* 25 nov 2020;8(11):e15978.
39. Garabedian LF, Ross-Degnan D, Wharam JF. Mobile Phone and Smartphone Technologies for Diabetes Care and Self-Management. *Curr Diab Rep.* déc 2015;15(12):109.
40. Hood M, Wilson R, Corsica J, Bradley L, Chirinos D, Vivo A. What do we know about mobile applications for diabetes self-management? A review of reviews. *J Behav Med.* déc 2016;39(6):981-94.
41. Nicholas J, Larsen ME, Proudfoot J, Christensen H. Mobile Apps for Bipolar Disorder: A Systematic Review of Features and Content Quality. *Journal of Medical Internet Research.* 17 août 2015;17(8):e4581.

42. Kaner EF, Beyer FR, Garnett C, Crane D, Brown J, Muirhead C, et al. Personalised digital interventions for reducing hazardous and harmful alcohol consumption in community-dwelling populations. Cochrane Drugs and Alcohol Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 25 sept 2017 [cité 10 sept 2021]; Disponible sur: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD011479.pub2>
43. Riper H, Blankers M, Hadiwijaya H, Cunningham J, Clarke S, Wiers R, et al. Effectiveness of Guided and Unguided Low-Intensity Internet Interventions for Adult Alcohol Misuse: A Meta-Analysis. Stewart R, éditeur. PLoS ONE. 17 juin 2014;9(6):e99912.
44. Meredith SE, Alessi SM, Petry NM. Smartphone applications to reduce alcohol consumption and help patients with alcohol use disorder: a state-of-the-art review. *Adv Health Care Technol.* 2015;1:47-54.
45. Gonzalez VM, Dulin PL. Comparison of a Smartphone App for Alcohol Use Disorders With an Internet-based Intervention Plus Bibliotherapy: A Pilot Study. *J Consult Clin Psychol.* avr 2015;83(2):335-45.
46. McKellar J, Austin J, Moos R. Building the first step: a review of low-intensity interventions for stepped care. *Addict Sci Clin Pract.* 2012;7(1):26.
47. Carroll KM, Kiluk BD. Cognitive behavioral interventions for alcohol and drug use disorders: Through the stage model and back again. *Psychol Addict Behav.* déc 2017;31(8):847-61.
48. Finney JW, Wilbourne PL, Moos RH. Psychosocial treatments for substance use disorders. In: *A guide to treatments that work*, 3rd ed. New York, NY, US: Oxford University Press; 2007. p. 179-202.
49. Smedslund G, Berg RC, Hammerstrøm KT, Steiro A, Leiknes KA, Dahl HM, et al. Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database Syst Rev.* 11 mai 2011;(5):CD008063.
50. Apodaca TR, Miller WR. A meta-analysis of the effectiveness of bibliotherapy for alcohol problems. *Journal of Clinical Psychology.* mars 2003;59(3):289-304.
51. Connors GJ, Walitzer KS, Prince MA, Kubiak A. Secondary Prevention of Alcohol Problems in Rural Areas Using a Bibliotherapy-Based Approach. *Rural Ment Health.* avr 2017;41(2):162-73.
52. Marlatt GA, Witkiewitz K. Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems. In: *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*, 2nd ed. New York, NY, US: The Guilford Press; 2005. p. 1-44.
53. Braun V, Clarke V. *Successful Qualitative Research: A Practical Guide for Beginners.* SAGE; 2013. 402 p.
54. Braun V, Clarke V. What can “thematic analysis” offer health and wellbeing researchers? *Int J Qual Stud Health Well-being* [Internet]. 16 oct 2014 [cité 4 mai 2020];9. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4201665/>
55. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care.* 16 sept 2007;19(6):349-57.

56. Derges J, Kidger J, Fox F, Campbell R, Kaner E, Hickman M. Alcohol screening and brief interventions for adults and young people in health and community-based settings: a qualitative systematic literature review. *BMC Public Health*. 9 juin 2017;17(1):562.
57. Jacob C, Sanchez-Vazquez A, Ivory C. Clinicians' Role in the Adoption of an Oncology Decision Support App in Europe and Its Implications for Organizational Practices: Qualitative Case Study. *JMIR Mhealth Uhealth*. 3 mai 2019;7(5):e13555.
58. Berkowitz CM, Zullig LL, Koontz BF, Smith SK. Prescribing an App? Oncology Providers' Views on Mobile Health Apps for Cancer Care. *JCO Clinical Cancer Informatics* [Internet]. 21 déc 2017 [cité 27 mai 2020]; Disponible sur: <https://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/CCI.17.00107>
59. Fountain J, Nations Unies, Office contre la drogue et le crime. Études d'évaluation thématique, approche qualitative de la collecte de données: programme mondial d'évaluation de l'abus de drogues (GAP): module 6 du référentiel. New York: Nations Unies; 2004.
60. Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 11. L'analyse thématique. In: *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* [Internet]. Paris: Armand Colin; 2016. p. 235-312. (U; vol. 4e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/analyse-qualitative-en-sciences-humaines-et-social--9782200614706-p-235.htm>
61. Gache P. Connaissances, opinions, attitudes et pratiques de médecins généralistes français concernant l'alcool. :5.
62. Andrieu D. Evaluation de la stratégie nationale de diffusion du RPIB auprès des médecins généralistes sur la période 2007-2008. OFDT. [Internet]. [cité 11 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/RPIB/rpibrappglobal.pdf>
63. Searles JS, Helzer JE, Rose GL, Badger GJ. Concurrent and retrospective reports of alcohol consumption across 30, 90 and 366 days: interactive voice response compared with the timeline follow back. *J Stud Alcohol*. mai 2002;63(3):352-62.
64. Toll BA, Cooney NL, McKee SA, O'Malley SS. Correspondence between Interactive Voice Response (IVR) and Timeline Followback (TLFB) reports of drinking behavior. *Addict Behav*. avr 2006;31(4):726-31.
65. Tucker JA, Foushee HR, Black BC, Roth DL. Agreement between prospective interactive voice response self-monitoring and structured retrospective reports of drinking and contextual variables during natural resolution attempts. *J Stud Alcohol Drugs*. juill 2007;68(4):538-42.
66. Michie S, Whittington C, Hamoudi Z, Zarnani F, Tober G, West R. Identification of behaviour change techniques to reduce excessive alcohol consumption: Behaviour change and excessive alcohol use. *Addiction*. août 2012;107(8):1431-40.
67. Raistrick D, Heather N, Godfrey C. A Review of the Effectiveness of Treatment for Alcohol Problems. The National Treatment Agency for Substance Misuse. 1 janv 2006;
68. Bendtsen P, Anderson P, Wojnar M, Newbury-Birch D, Müssener U, Colom J, et al. Professional's Attitudes Do Not Influence Screening and Brief Interventions Rates for Hazardous and Harmful Drinkers: Results from ODHIN Study. *Alcohol Alcohol*. juill 2015;50(4):430-7.
69. Naudet M. Prévention, dépistage et prise en charge précoce du problème d'alcool en médecine générale : essai d'analyse d'un déni collectif. *SFMG; DRMG 61*; 2005. p. 31-53.

70. Gagnon M-P, Ngangue P, Payne-Gagnon J, Desmartis M. m-Health adoption by healthcare professionals: a systematic review. *J Am Med Inform Assoc.* janv 2016;23(1):212-20.
71. Sarradon-Eck A, Bouchez T, Auroy L, Schuers M, Darmon D. Attitudes of General Practitioners Toward Prescription of Mobile Health Apps: Qualitative Study. *JMIR Mhealth Uhealth.* 4 mars 2021;9(3):e21795.
72. El Amrani L, Oude Engberink A, Ninot G, Hayot M, Carbonnel F. Connected Health Devices for Health Care in French General Medicine Practice: Cross-Sectional Study. *JMIR Mhealth Uhealth.* 21 déc 2017;5(12):e193.
73. Gajecki M, Andersson C, Rosendahl I, Sinadinovic K, Fredriksson M, Berman AH. Skills Training via Smartphone App for University Students with Excessive Alcohol Consumption: a Randomized Controlled Trial. *IntJ Behav Med.* oct 2017;24(5):778-88.
74. Bertholet N, Godinho A, Cunningham JA. Smartphone application for unhealthy alcohol use: Pilot randomized controlled trial in the general population. *Drug and Alcohol Dependence.* févr 2019;195:101-5.
75. Vo V, Auroy L, Sarradon-Eck A. Patients' Perceptions of mHealth Apps: Meta-Ethnographic Review of Qualitative Studies. *JMIR Mhealth Uhealth.* 10 juill 2019;7(7):e13817.
76. Les conduites addictives de la population active - Chiffres clés issus de la cohorte CONSTANCES. MILDECA; 2021 [Internet]. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/rapport\\_constances\\_web.pdf](https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/rapport_constances_web.pdf)

# Annexes

## Annexe 1 : Grille de lecture CoREQ

### COREQ (CONsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
<b>Domain 1: Research team and reflexivity</b>			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	10
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	8
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	8
Gender	4	Was the researcher male or female?	8
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	60
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	9
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	9
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	9
<b>Domain 2: Study design</b>			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	8
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	9
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	9
Sample size	12	How many participants were in the study?	9
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	9
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	10
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	10
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	12
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	9
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	9
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	10
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	10
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	10
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	9
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	60

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
		correction?	
<b>Domain 3: analysis and findings</b>			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	11
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	13
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	11
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	11
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	60
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	16-53
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	16-53
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	13
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	16-53

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

**Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.**

**Annexe 2 : Guide d'entretien**

**Comprendre les motivations et les freins des médecins généralistes quant à l'utilisation de l'application MyDéfi comme outil dans la prise en charge des patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool.**

Date de l'entretien : .....

Numéro du sujet : .....

**Données sociodémographiques**

Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

25-35 ans	<input type="checkbox"/>	55-65 ans	<input type="checkbox"/>
35-45 ans	<input type="checkbox"/>	> 65 ans	<input type="checkbox"/>
45-55 ans	<input type="checkbox"/>		

Genre

Homme	<input type="checkbox"/>	Femme	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	-------	--------------------------

Mode d'exercice

Médecin installé en cabinet seul	<input type="checkbox"/>
Médecin installé en cabinet de groupe	<input type="checkbox"/>
Médecin remplaçant	<input type="checkbox"/>

Formation en addictologie ?

OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

Si oui, laquelle ? .....

Zone d'exercice .....

Avez-vous déjà prescrit une App  
ou un outil numérique ?

OUI

NON

Si oui, quel type d'outil ? .....

Concernant la prise en charge des patients avec un Trouble de l'Usage de l'Alcool (TUA) :

**1. Quelle prise en charge proposez-vous à des patients que vous repérez comme ayant un usage à risque ou nocif d'alcool ?**

*Relance* : Quels types d'outils utilisez- vous dans la prise en charge de vos patients présentant un TUA ? (Brochures ? Associations ? Spécialistes ? Sites internet ? etc...)

**2. Que pensez-vous du fait de proposer à vos patients d'utiliser une application mobile ?**

*Relance* : Pensez-vous que ce type d'outil puisse être légitimement intégré dans certaines prises en charge ?

*Relance* : Comment vous sentiriez-vous en tant que « prescripteur » d'une application mobile ?

**3. Quelles seraient vos attentes vis-à-vis d'une application ayant pour but d'accompagner vos patients dans la réduction de leur consommation d'alcool ?**

*Relance* : Quelles fonctionnalités aimeriez-vous que cette application puisse avoir ?

*Relance* : Quelle place pourrait prendre une telle application dans votre pratique ?

*Relance* : Quels types de difficultés pourrait vous aider à surmonter une telle application ?

(Visualisation de la vidéo de présentation et prise en main de l'application)

Concernant l'application MyDefi :



**4. Quelles sont vos impressions générales sur MyDéfi après le visionnage du film de démonstration, en termes d'ergonomie et d'usabilité ?**

*Relance* : Que pensez-vous du design, de la présentation visuelle de l'appli ?

*Relance* : La trouvez-vous simple à prendre en main, à se l'approprier ?

*Relance* : Que pensez-vous du temps d'utilisation quotidien ? (Acceptable ? trop contraignant ?)

**5. Quels impacts pourrait avoir cette application sur votre pratique ?**

*Relance* : Quels avantages pourrait-elle apporter dans votre pratique ?

*Relance* : Pensez-vous à des situations où cette appli aurait pu vous aider à surmonter certaines difficultés ?

*Relance* : Quels freins verriez-vous à son utilisation ?

*Relance* : Pensez-vous qu'elle serait un gain ou une perte de temps ?

*Relance* : Recommanderiez-vous cette appli à un confrère ?

**6. Quel impact pensez-vous que cette application puisse avoir sur la consommation en alcool de vos patients ?**

*Relance* : A quel profil de patients pensez-vous que cette application puisse être bénéfique ?

*Relance* : Pensez-vous que cette appli puisse être complémentaire à votre pratique ? Si oui, en quoi ? Si non, pourquoi ?

*Relance* : Que pensez-vous de l'agenda de consommation à remplir quotidiennement ?

*Relance* : Que pensez-vous des messages à visée motivationnels personnalisés ?

*Relance* : Que pensez-vous de la fonctionnalité d'aide en cas d'envie de consommer ?

**7. A votre avis, quelles seraient les réactions des patients à qui vous proposeriez d'utiliser MyDéfi ?**

*Relance* : Pensez-vous que certains puissent être surpris ou gênés ?

*Relance* : Quelles seraient selon vous les réactions des patients qui ne sont pas dans une démarche de réduction ?

*Relance* : Pensez-vous que certains puissent être motivés à l'utiliser ?

**8. Quels impacts pourrait avoir l'application MyDéfi sur votre relation médecin avec vos patients ?**

*Relance* : Pensez-vous qu'elle puisse affecter votre légitimité en tant que médecin ?

*Relance* : Pensez-vous qu'elle puisse affecter la confiance que vos patients placent en vous en tant que médecin ? De quelle façon ?

*Relance* : Pensez-vous qu'elle puisse être perçue comme un outil pour vous remplacer, ou comme un complément de prise en charge ?

**9. Quelles critiques ou améliorations proposeriez-vous pour une prochaine version de l'application ? Que manque-t-il dans cette première version ?**

## SERMENT

*En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

*Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

## RÉSUMÉ

**Introduction :** Le trouble de l'usage de l'alcool (TUA) est un facteur de morbi-mortalité très prévalent en soin primaire. Une réduction des consommations sous les seuils de risque permet d'en réduire les conséquences sur la santé, mais le repérage et la prise en charge des TUA par les médecins généralistes (MG) peine à se généraliser. Les applications *smartphone* sont des outils émergents qui semblent prometteurs dans de nombreuses situations en soins primaires. MyDefi est une application qui a été développée en français avec l'objectif d'accompagner l'utilisateur dans une réduction des consommations d'alcool sur douze semaines.

**Objectif :** Comprendre les motivations et les freins des médecins généralistes quant à l'utilisation de MyDefi comme outil dans la prise en charge des patients ayant un TUA.

**Méthodologie :** A l'aide d'un guide d'entretien, d'un film de démonstration et d'une manipulation de l'application sur *smartphone*, les avis de 17 MG exerçant dans le Gard et l'Hérault ont été recueillis lors d'entretiens individuels. Ils ont été enregistrés, anonymisés et retranscrits mot à mot sur un logiciel de traitement de texte. Une analyse thématique a été réalisée sur l'ensemble du Verbatim.

**Résultats :** Quatre thèmes principaux ont émergé en réponse à la question de recherche : l'usabilité de l'outil, le contenu expert de l'application, sa place dans la pratique médicale et l'inconnue de sa réception par les patients.

**Conclusion :** Du point de vue des MG interrogés, MyDefi pourrait se montrer un outil utile dans le repérage et la prise en charge des TUA, dont l'utilisation devrait rester encadrée par le praticien. Plusieurs freins possibles à son utilisation en pratique ont été relevés, liés aux contraintes de l'exercice libéral ou aux patients et diverses suggestions d'améliorations ont été faites.

**Mots clés :** Troubles liés à l'usage de l'alcool, Repérage précoce et intervention brève, application mobile, médecine générale, outils numériques