



HAL
open science

Alcooclic : création d'un outil d'aide à la prise en charge des patients éthyliques chroniques en médecine générale dans les Bouches-du-Rhône

Marine Waes

► To cite this version:

Marine Waes. Alcooclic : création d'un outil d'aide à la prise en charge des patients éthyliques chroniques en médecine générale dans les Bouches-du-Rhône. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03680209

HAL Id: dumas-03680209

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03680209>

Submitted on 27 May 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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Alcooclic : création d'un outil d'aide à la prise en charge des patients
éthyliques chroniques en médecine générale dans les Bouches-du-Rhône**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 20 Mai 2022

Par Madame Marine WAES

Née le 17 novembre 1994 à Roubaix (59)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur SIMON Nicolas

Président

Monsieur le Docteur BAZIN Michael

Directeur

Madame le Docteur HAMZAOUI Sabrina

Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Assesseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVIN Robert
	ALDIGHERI René		DEVRED Philippe
	ALESSANDRINI Pierre		DJIANE Pierre
	ALLIEZ Bernard		DONNET Vincent
	AQUARON Robert		DUCASSOU Jacques
	ARGEME Maxime		DUFOUR Michel
	ASSADOURIAN Robert		DUMON Henri
	AUFFRAY Jean-Pierre		ENJALBERT Alain
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAUGERE Gérard
	AZORIN Jean-Michel		FAVRE Roger
	BAILLE Yves		FIECHI Marius
	BARDOT Jacques		FARNARIER Georges
	BARDOT André		FIGARELLA Jacques
	BERARD Pierre		FONTES Michel
	BERGOIN Maurice		FRANCES Yves
	BERLAND Yvon		FRANCOIS Georges
	BERNARD Dominique		FUENTES Pierre
	BERNARD Jean-Louis		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Paul		GALINIER Louis
	BERNARD Pierre-Marie		GALLAIS Hervé
	BERTRAND Edmond		GAMERRE Marc
	BISSET Jean-Pierre		GARCIN Michel
	BLANC Bernard		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Jean-Louis		GAUTHIER André
	BOLLINI Gérard		GERARD Raymond
	BONGRAND Pierre		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONNEAU Henri		GIUDICELLI Sébastien
	BONNOIT Jean		GOUDARD Alain
	BORY Michel		GOUIN François
	BOTTA Alain		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRIMAUD Jean-Charles
	BOUBLI Léon		GRISOLI François
	BOURGADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		GUYS Jean-Michel
	BOUYALA Jean-Marie		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BREMOND Georges		HASSOUN Jacques
	BRICOT René		HEIM Marc
	BRUNET Christian		HOUEL Jean
	BUREAU Henri		HUGUET Jean-François
	CAMBOULIVES Jean		JAQUET Philippe
	CANNONI Maurice		JAMMES Yves
	CARTOUZOU Guy		JOUVE Paulette
	CAU Pierre		JUHAN Claude
	CHABOT Jean-Michel		JUIN Pierre
	CHAMLIAN Albert		KAPHAN Gérard
	CHARPIN Denis		KASBARIAN Michel
	CHARREL Michel		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHAUVEL Patrick		LACHARD Jean
	CHOUX Maurice		LAFFARGUE Pierre
	CIANFARANI François		LAUGIER René
	CLAVERIE Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CLEMENT Robert		LEGRE Régis
	COMBALBERT André		LEVY Samuel
	CONTE-DEVOLX Bernard		LOUCHET Edmond
	CORRIOL Jacques		LOUIS René
	COULANGE Christian		LUCIANI Jean-Marie
	CURVALE Georges		MAGALON Guy
	DALMAS Henri		MAGNAN Jacques
	DE MICO Philippe		MALLAN- MANCINI Josette

PROFESSEURS HONORAIRES

DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain

MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MATTEI Jean François
MERCIER Claude
MICHOTEY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RAOULT Didier
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc

UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021

EMERITAT

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

1967	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)
1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003	
M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDA (Grande Bretagne)
2004	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHIARONI Jacques
<i>ALBANESE Jacques Surnombre</i>	CHINOT Olivier
ALIMI Yves	CHOSSEGROS Cyrille
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand
BEROUD Christophe	EBBO Mikaël
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre
BERTUCCI François	FABRE Alexandre
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane
BREGÉON Fabienne	GABERT Jean
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad
BRUNET Philippe	GAUDART Jean
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe
	GREILLIER Laurent

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIS Sandrine
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUYE Maxime
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYOT Laurent
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	<i>GUY'S Jean-Michel Retraite le 24/09/2021</i>
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	HABIB Gilbert
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HARDWIGSEN Jean
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie	JOUBE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	KARSENTY Gilles
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KRAHN Martin
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick	LAMBAUDIE Eric
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe	LANCON Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel	LA SCOLA Bernard
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe	LAUNAY Franck
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LAVIELLE Jean-Pierre
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LE CORROLLER Thomas
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LECHEVALLIER Eric
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BEROUD Christophe	EBBO Mikael	LEONE Marc
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BERTUCCI François	FABRE Alexandre	LEPIDI Hubert
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas	LEVY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice	MACE Loïc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	MAGNAN Pierre-Edouard
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	MANCINI Julien
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MEGE Jean-Louis
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier	MERROT Thierry
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MEYER/DUTOUR Anne
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	MICCALEF/ROLL Joëlle
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MICHEL Fabrice
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MICHEL Gérard
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	MICHEL Justin
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MICHELET Pierre
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MILH Mathieu
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MILLION Matthieu
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MOAL Valérie
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MORANGE Pierre-Emmanuel
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MOULIN Guy
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MOUTARDIER Vincent
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	NAUDIN Jean
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	NICOLLAS Richard
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	NGUYEN Karine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	OLIVE Daniel
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OLLIVIER Matthieu
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	OUAFIK L'Houcine
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	OVAERT-REGGIO Caroline
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe	PAGANELLI Franck
	GREILLIER Laurent	<i>PANUEL Michel Surnombre</i>

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	VALERO René
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	VAROQUAUX Arthur Damien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	VELLY Lionel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	VEY Norbert
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VIDAL Vincent
PESENTI Sébastien	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PETIT Philippe	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PHAM Thao	SCHLEINIZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
PIQUET Philippe	SIELEZNEFF Igor	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
PIRRO Nicolas	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
POINSO François	STEIN Andréas	XERRI Luc
RACCAH Denis	SUISSA Laurent	ZIELEZKIEWICZ Laurent
RANQUE Stéphane	TAIEB David	
REGIS Jean	THOMAS Pascal	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THUNY Franck	
REYNAUD Rachel	TOSELLO Barthélémy	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Alet	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
RICHERI Raphaëlle	<i>TRIGLIA Jean-Michel Surnombre</i>	
ROCHE Pierre-Hugues	TROPIANO Patrick	
ROCH Antoine	TSIMARATOS Michel	
ROCHWERGER Richard	TURRINI Olivier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

DUTAU Hervé

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	GELSI/BOYER Véronique	ROBERT Thomas
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO Bernard	ROMANET Pauline
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SABATIER Renaud
BEGE Thierry	GONZALEZ Jean-Michel	SARI-MINODIER Irène
BENYAMINE Audrey	GOURIET Frédérique	SAVEANU Alexandru
BIRNBAUM David	GRAILLON Thomas	SECQ Véronique
BONINI Francesca	GUERIN Carole	SOLER Raphael
BOUCRAUT Joseph	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-Patrick
BOULAMERY Audrey	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
BOUSSEN Salah Michel	HAUTIER Aurélie	TOGA Isabelle
BUFFAT Christophe	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CAMILLERI Serge	IBRAHIM KOSTA Manal	TROUDE Lucas
CARRON Romain	JALOUX Charlotte	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	JARROT Pierre-André	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	VELY Frédéric
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	VENTON Geoffroy
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VION-DURY Jean
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	ZATTARA/CANNONI Hélène
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LAMBERT Isabelle	
DEGEORGES/VITTE Joëlle (<i>disponibilité</i>)	LENOIR Marien	
DEHARO Pierre	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DELLIAUX Stéphane	LOOSVELD Marie	
DELTEIL Clémence	MAAROUF Adil	
DESPLAT/JEGO Sophie	MACAGNO Nicolas	
DEVILLIER Raynier	MARLINGE Marion	
DUBOURG Grégory	MAUES DE PAULA André	
DUCONSEIL Pauline	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUFOUR Jean-Charles	MEGE Diane	
ELDIN Carole	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine	
FRANKEL Diane	PAULMYER/LACROIX Odile	
FROMNOT Julien	RADULESCO Thomas	
GASTALDI Marguerite	RESSEGUIER Noémie	
GAUDRY Marine	ROBERT Philippe	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE
MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS**

BARGIER Jacques
FIERLING Thomas
FORTE Jenny
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES -
PRATICIENS HOSPITALI PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES
UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH) *Surnombre*
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELEZKIEWICZ Laurent (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 PADOVANI Laetitia (PH-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH) BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH) DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH) HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH) THUNY Franck (PU-PH)

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)
 MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Retraite le 24/09/2021
 FAURE Alice (PU PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 PESENTI Sébastien (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement

DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

LENOIR Marien (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
 CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
 JALOUX Charlotte (MCU PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GAUDRY Marine (MCU PH)
 SOLER Raphael (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 NGYUEN Karine (PU-PH)

 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BRETTELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION

4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

IMMUNOLOGIE 4703I

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
JARROT Pierre-André (MCU PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH) BENYAMINE Audrey (MCU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
EBBO Mikael (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)
VENTON (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

DELTEIL Clémence (MCU PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

(MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

(nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) Surnombre

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

TROUDE Lucas (MCU-PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

PHYSIOLOGIE 4402

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

**PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE,
PSYCHOLOGIE SOCIALE**

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

DUTAU Hervé (Pr Associé des universités à 1/2 temps)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH) surnombre

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

**THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE;
ADDICTOLOGIE 4804**

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

GAINNIER Marc (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
BOISSIER Romain (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

Aux membres du jury :

A Monsieur le Professeur Simon, merci d'avoir accepté de présider mon jury de thèse, vous m'avez fait cet honneur sans jamais m'avoir rencontrée, je vous en suis profondément reconnaissante.

A Monsieur le Docteur Bazin Michaël, merci d'avoir accepté de m'encadrer et de me soutenir pour ce travail, merci pour toutes tes idées toujours pertinentes et originales. Tu as été mon premier chef en tant que jeune interne, et j'espère que nous aurons encore l'occasion de travailler ensemble.

A Madame le Docteur Hamzaoui Sabrina, merci de faire partie de mon jury aujourd'hui. Je te suis reconnaissante pour tout ce que tu m'as appris au cabinet, je ne cesserai jamais d'admirer le médecin que tu es.

Aux médecins et aux équipes qui m'ont accompagnée.

A ma famille, à Antoine, à mes amis de Lille et de Marseille.

Liste des abréviations

ALAT : Alanine Amino Transferase

ARS : Agence Régionale de Santé

ASAT : Aspartate Amino Transferase

AUDIT : Alcohol Use Disorders Test

CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de drogues

CDA : Consommation Déclarée d'Alcool

CDT : Transferrine Déficiente en Carbohydrate

CJC : Consultations Jeunes Consommateurs

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

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

DGS : Direction Générale de la Santé

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ELSA : Équipes de Liaison et de Soins en Addictologie

FACE : Formule pour Approcher la Consommation d'alcool en Entretien

FDA : Food and Drugs Administration

GABA : Acide gamma-aminobutyrique

GGT : Gammaglutamyl Transferase

HAS : Haute Autorité de Santé

HDL : High Density Lipoprotein

LDL : Low Density Lipoprotein

NDMA : N-nitrosodiméthylamine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RPIB : Repérage Précoce Intervention Brève

SFMG : Société Française de Médecine Générale

TUA : Trouble de l'Usage de l'Alcool

VGM : Volume Globulaire Moyen

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VLDL : Very Low Density Lipoprotéin

WHO : World Health Organization

Table des matières

Table des matières	1
Table des figures	4
Résumé	5
Introduction	7
I. ÉPIDEMIOLOGIE	7
A. DANS LE MONDE	7
B. EN EUROPE	8
C. EN FRANCE	9
II. DEFINITIONS	11
A. RECOMMANDATIONS FRANÇAISES DE CONSOMMATION D'ALCOOL	11
B. MODES DE CONSOMMATION D'ALCOOL	11
C. TROUBLE DE L'USAGE DE L'ALCOOL SELON LE DSM-V	11
D. DISPOSITIF DE SOINS EN ADDICTOLOGIE	12
1. <i>Le secteur médico-social</i>	13
a. Les CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie	13
b. Les CAARUD : Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues	13
c. Les CJC : Consultations Jeunes Consommateurs	14
2. <i>Le secteur hospitalier</i>	14
3. <i>Secteur libéral</i>	15
4. <i>Les associations</i>	16
III. CONSEQUENCES DU TROUBLE D'USAGE DE L'ALCOOL	16
A. CONSEQUENCES AIGUES DE L'INTOXICATION ALCOOLIQUE	16
1. <i>Risque neurologique</i>	16
a. Ivresse	16
b. Coma éthylique	16
c. Décès	17
2. <i>Risque psychiatrique</i>	17
B. CONSEQUENCES CHRONIQUES	17
1. <i>Risque carcinologique</i>	17
2. <i>Risque hépatique</i>	18
3. <i>Risque psychiatrique</i>	19
4. <i>Risque cardiovasculaire</i>	20
5. <i>Risque neurologique</i>	21
a. Encéphalopathies	21
b. Troubles cognitifs	21
c. Épilepsie	22
d. Neuropathies	22
6. <i>Risque fœtal</i>	22
C. CONSEQUENCES LEGALES	23
D. CONSEQUENCES SOCIO-ECONOMIQUES	24
IV. INTERNET EN CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE	25
A. LES COLLEGES ET ASSOCIATIONS SAVANTES	25
B. LES RECOMMANDATIONS	25

C.	LES BASES DE DONNEES BIBLIOGRAPHIQUES	25
D.	LES BANQUES MEDICAMENTEUSES	26
E.	LES UTILITAIRES	26
F.	LES OUTILS D'AIDE A LA DECISION MEDICALE	26
G.	LES RESEAUX SOCIAUX	27
H.	SITES INTERNET EXISTANTS SUR L'ALCOOLOGIE	27
	1. <i>Alcool-info-service.fr</i>	27
	2. <i>Addictions-france.org</i>	28
	3. <i>Alcooliques Anonymes</i>	29
	4. <i>Autres</i>	29
V.	OBJECTIF DU TRAVAIL	29

PARTIE 1 : synthèse des outils de dépistage de l'alcoolodépendance et des freins à la prise en charge ressentis par les médecins généralistes

I.	INTRODUCTION	30
II.	MATERIEL ET METHODES	30
III.	RESULTATS	33
A.	REPERAGE	34
	1. <i>Rôle du médecin généraliste</i>	34
	2. <i>Quand dépister ?</i>	35
	3. <i>Repérage en consultation de médecine générale</i>	36
	a. L'entretien.....	36
	b. L'examen clinique	37
	c. Marqueurs biologiques (55).....	38
	d. Questionnaires de repérage	40
	e. L'intervention brève.....	42
B.	DIFFICULTES RENCONTREES	45
IV.	DISCUSSION	48
A.	RESULTATS PRINCIPAUX	48
B.	LIMITES METHODOLOGIQUES	48
C.	ANALYSE DETAILLEE.....	49
	1. <i>Repérage</i>	49
	2. <i>Difficultés rencontrées</i>	51

PARTIE 2 : Création d'un outil numérique d'aide au repérage et à l'orientation dans le système de soin

I.	NOM	53
II.	CAHIER DES CHARGES	53
III.	PARTIE DEPISTAGE	54
IV.	PARTIE ORIENTATION	55
V.	PARTIE FICHES DE RAPPEL	55
VI.	CREATION DU SITE	56
VII.	UTILISATION	56
VIII.	POINTS FORTS	58
IX.	POINTS FAIBLES	59

<i>Conclusion de thèse</i>	59
<i>Annexes</i>	68
<i>Serment d'Hippocrate</i>	79

Table des figures

FIGURE 1 : POURCENTAGES DE NON-CONSO MMATEURS D'ALCOOL, D'ANCIENS CONSO MMATEURS ET DE CONSO MMATEURS ACTUELS DANS LA POPULATION MONDIALE (> 15 ANS) PAR REGIONS DE L'OMS ET DANS LE MONDE. (SOURCE : WHO GLOBAL STATUS REPORT ON ALCOHOL AND HEALTH, 2018).....	8
FIGURE 2 : CONSO MMATION D'ALCOOL PUR EN UN AN PAR HABITANT, EN EUROPE (SOURCE : WHO STATUS REPORT ON ALCOHOL CONSUMPTION, HARM AND POLICY RESPONSES IN 30 EUROPEAN COUNTRIES, 2019).....	9
FIGURE 3 : INDICATEURS DE CONSO MMATION D'ALCOOL SELON L'AGE EN FRANCE METROPOLITAINE (SOURCE : SANTE PUBLIQUE FRANCE, 2017).....	10
FIGURE 5 : RELATION ENTRE LES NIVEAUX DE CONSO MMATION D'ALCOOL ET LE RISQUE DE 14 CANCERS. (SOURCE : BAGNARDI ET AL., 2001.)	18
FIGURE 6 : RELATION ENTRE LA SEVERITE DE LA FIBROSE ET LA DUREE D'INFECTION AU VHC EN FONCTION DE LA CONSO MMATION D'ALCOOL (SOURCE : WILEY ET AL. 1998.).....	19
FIGURE 7 : RISQUES RELATIFS D'AVC HEMORRAGIQUE SELON LE NIVEAU DE CONSO MMATION D'ALCOOL. SOURCE : STRATEGY UNIT (2003).....	20
FIGURE 8 : ASSOCIATION ENTRE LA CONSO MMATION D'ALCOOL (EN NOMBRE DE VERRES STANDARDS PAR SEMAINE) ET LE RISQUE RELATIF D'ARRET CARDIAQUE. SOURCE : LARSSON, S.C., ORSINI, N. AND WOLK, A. (2015)..	21
FIGURE 9 : AUGMENTATION DU RISQUE DE SURVENUE D'AU MOINS UNE CONSEQUENCE SOCIALE NEGATIVE (PARTICIPER A UNE BAGARRE, PORTER ATTEINTE A LA VIE FAMILIALE, AU MARIAGE, AU TRAVAIL, AUX ETUDES, AUX AMITIES OU A LA VIE SOCIALE) EN FONCTION DE LA CONSO MMATION ANNUELLE D'ALCOOL POUR LES PAYS EUROPEENS SUIVANTS : GRANDE BRETAGNE, SUEDE, ITALIE, ALLEMAGNE, FRANCE, FINLANDE. SOURCE : NORSTRÖM ET AL., 2001.	24
FIGURE 10 : DIAGRAMME DE FLUX DE SELECTION DES ARTICLES.....	33
FIGURE 11 : TABLEAU COMPARATIF DES DIFFERENTS BIOMARQUEURS DE L'ALCOOL.....	39
FIGURE 12 : INTERVENTION ET ROLE DU MEDECIN GENERALISTE EN FONCTION DES NIVEAUX DE RISQUE A ADAPTER EN FONCTION DES EVALUATIONS ET DES RECOMMANDATIONS.....	44

Résumé

Introduction : Dans le monde, 1 décès sur 20 est imputable à l'alcool. En France, 10% de la population boirait de l'alcool tous les jours, causant 15% des décès chez les 35-64 ans. Le médecin généraliste est souvent le premier interlocuteur des patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool, et l'un des enjeux le concernant est de repérer rapidement à l'échelle d'une consultation les situations d'alcoolodépendance qui nécessiteraient une prise en charge addictologique, et de les orienter vers une structure adaptée si tel est le cas. L'objectif de ce travail est de créer un site internet simple, à destination des médecins généralistes des Bouches du Rhône, permettant le repérage des patients éthyliques chroniques et le cas échéant l'orientation dans le système de soins spécialisé.

PARTIE 1

Matériel et Méthodes : Revue de littérature à partir des bases de données Pubmed et Lissa, en utilisant des pattern différents en fonction des bases de données : 1/ Pubmed : ((screening[Title/Abstract]) AND (alcohol dependence[MeSH Terms])) AND (general practice[MeSH Terms]) 2/ Lissa : « repérage » ET « Alcool » 3/ Lissa : « alcool » ET « médecine générale ». Les articles ont été sélectionnés en fonction de critères prédéfinis et une évaluation systématique du niveau de preuve a été réalisée.

Résultats : 55 articles ont été analysés dont 9 ajoutés à partir de références bibliographiques. En ce qui concerne le repérage, l'approche systématique et l'approche opportuniste sont deux manières d'aborder la question alcool en consultation. La consommation déclarée d'alcool ou la question « test » sont sensibles pour dépister un TUA. L'examen clinique est peu spécifique, et nécessitera d'être complété par des examens biologiques (VGM, GGT, ALAT, ASAT, CDT) et des questionnaires de repérage pour être le plus efficace possible. Mal connus des médecins et peu utilisés, ces questionnaires sont nombreux, le plus performant étant l'AUDIT. Ce dernier est cependant long à réaliser en pratique. En France, le questionnaire FACE est recommandé par la HAS.

Les difficultés qui pèsent sur les médecins généralistes pour assurer le repérage régulier des TUA sont multifactorielles : représentations personnelles, manque de formation initiale et continue, aspect chronophage, absence de tarification prenant compte les spécificités de ce type d'intervention, déficit de communication avec le réseau de soin environnant spécialisé en addictologie.

PARTIE 2

Notre site internet *alcooclic.net* a été créé d'après un cahier des charges établi au préalable. Une partie du site est dédiée au repérage grâce au questionnaire FACE (le questionnaire AUDIT est également accessible si désiré), puis le médecin peut accéder à une partie « orientation » qui lui

permet de réaliser une recherche par ville des structures spécialisées en addictologie. Une troisième partie « fiches de rappel » contient plusieurs fiches reprenant des définitions ou concepts en alcoologie.

Conclusion : Le médecin généraliste joue un rôle central pour la prise en charge des patients souffrant de TUA. Notre outil permet de répondre à la problématique de temps et de manque de connaissance du réseau ressentie par les médecins, afin de favoriser un repérage précoce et une orientation efficace dans le système de soins.

Mots clés : médecine générale, alcool, repérage, logiciel

Introduction

Profondément ancrées dans nos représentations sociétales, les vertus attribuées à l'alcool limitent considérablement la verbalisation, le repérage et le traitement des troubles de l'usage de l'alcool. La consommation d'alcool, à la fois valorisée et banalisée dans la population, accompagne de nombreux comportements sociaux en raison de sa puissante psycho-activité qui favorise les liens entre individus. De ce fait, les troubles de l'usage de l'alcool, aux lourdes conséquences médico-économiques, s'installent insidieusement et poussent le système de soins à renforcer ses capacités à y répondre par le repérage et l'orientation. (1)

I. Épidémiologie

A. Dans le monde

Le nombre de personnes souffrant de trouble de l'usage d'alcool dans le monde est estimé à 237 millions d'hommes et 46 millions de femmes selon l'OMS. La fréquence est plus importante dans les pays à revenu élevé et touche particulièrement **l'Europe** (14,8% des hommes et 3,5% des femmes) et la région des **Amériques** (11,5% des hommes et 5,1% des femmes). La tendance est à la hausse selon des projections des spécialistes sur les prochaines années, surtout en Asie du Sud-Est, dans le Pacifique occidental et dans les Amériques.

En 2016, l'OMS a estimé à **3 millions** le nombre de décès en un an imputables à l'alcool, soit un décès sur 20. La mortalité liée à l'alcool est plus importante que celle liée à d'autres pathologies graves comme le diabète, la tuberculose ou le VIH. (2)

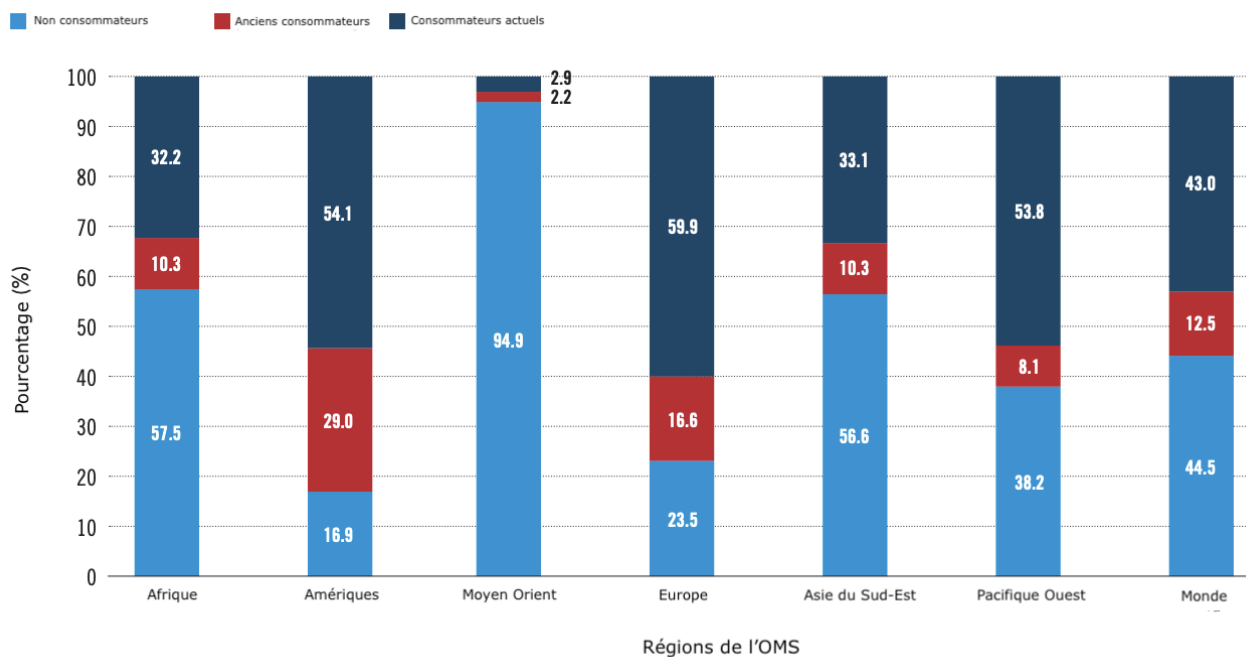


FIGURE 1 : POURCENTAGES DE NON-CONSOMMATEURS D'ALCOOL, D'ANCIENS CONSOMMATEURS ET DE CONSOMMATEURS ACTUELS DANS LA POPULATION MONDIALE (> 15 ANS) PAR REGIONS DE L'OMS ET DANS LE MONDE. (SOURCE : WHO GLOBAL STATUS REPORT ON ALCOHOL AND HEALTH, 2018)

B. En Europe

En 2019, le rapport de consommation d'alcool en Europe de l'OMS a montré une diminution de la consommation globale d'1,5% entre 2010 et 2016 surtout pour les pays du nord de l'Europe (Danemark, Finlande, Suède et Norvège) et les pays méditerranéens (Grèce, Italie, Malte, Portugal, Espagne, Chypre). L'Europe reste cependant la région de l'OMS la plus consommatrice d'alcool avec environ **11,3 litres** d'alcool pur bu par an et par habitant.

La mortalité liée à l'alcool suit un **gradient Est-Ouest** en Europe, avec une mortalité plus importante dans les pays baltiques, puis dans l'Europe centrale et enfin une mortalité ne représentant pas plus que 4% de la mortalité par toute cause dans 2 pays nordiques (Norvège et Suède) et 4 pays méditerranéens (Italie, Malte, Grèce, Chypre). (3)

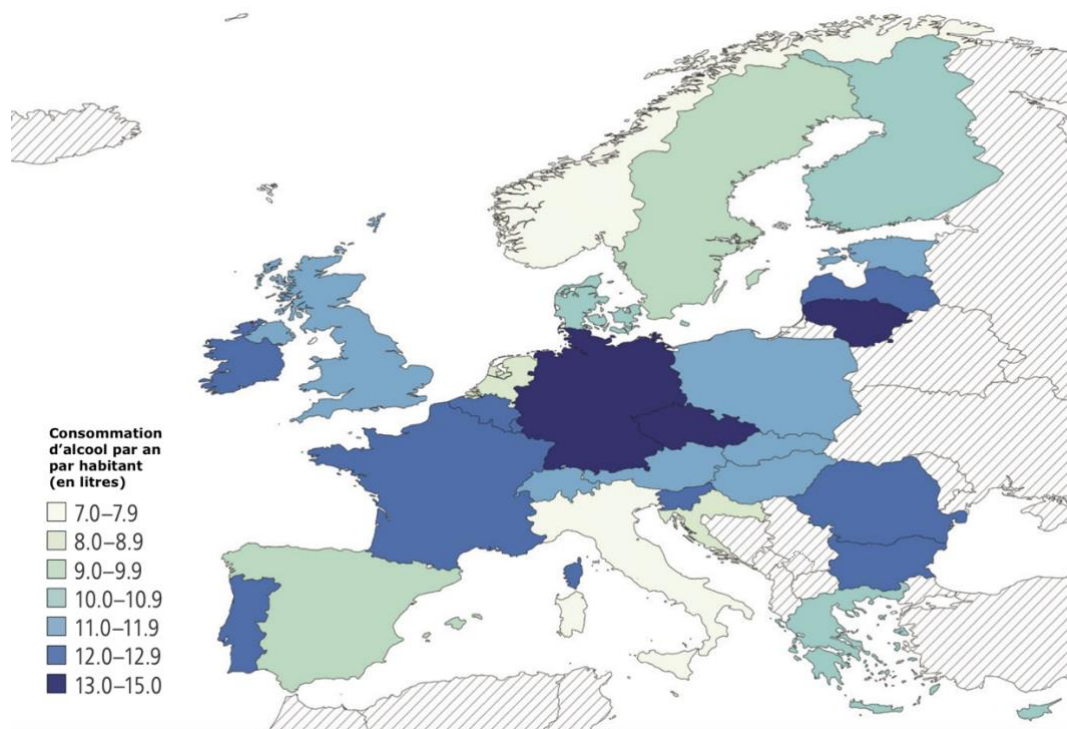


FIGURE 2 : CONSOMMATION D'ALCOOL PUR EN UN AN PAR HABITANT, EN EUROPE (SOURCE : WHO STATUS REPORT ON ALCOHOL CONSUMPTION, HARM AND POLICY RESPONSES IN 30 EUROPEAN COUNTRIES, 2019)

C. En France

On observe dans notre pays une diminution de la consommation d'alcool depuis une cinquantaine d'années, avec une stabilisation depuis 2013, principalement due à la diminution de consommation de vin à table. La dernière grande enquête portant sur la consommation d'alcool des Français est celle du Baromètre Santé Publique France de 2017 (4), sur un échantillon de 25 319 personnes ayant répondu à un questionnaire au téléphone. On retrouve une consommation moyenne de **11,7 litres** par habitant par an avec une nette différence entre les deux sexes : 2,8 verres par jour pour les hommes contre 1,8 verre par jour pour les femmes. **10%** des Français boiraient de l'alcool tous les jours, cette consommation quotidienne concernant 26% des 65-75 ans. Les jeunes entre 18 et 25 ans ont un mode de consommation différent, 54,1% d'entre eux ayant eu une API (alcoolisation ponctuelle importante, soit plus de 6 verres lors de la même occasion) au cours de l'année précédente.

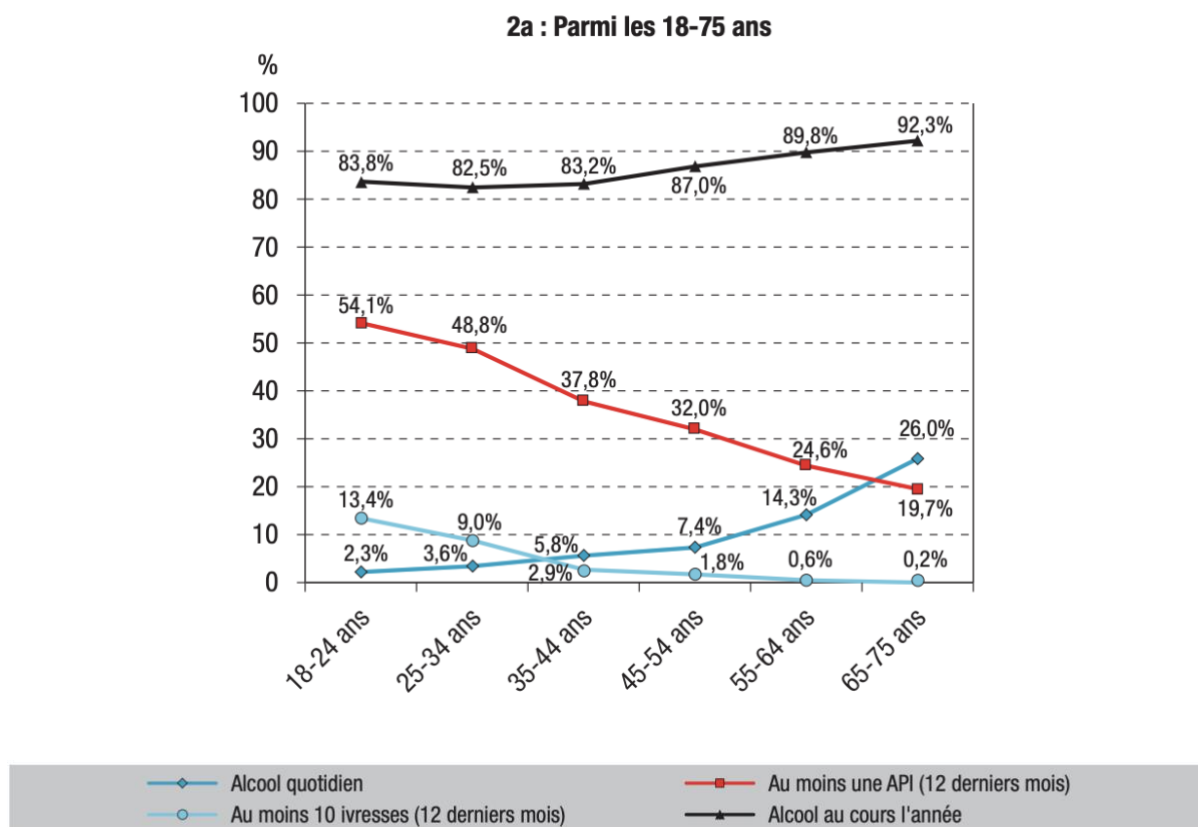


FIGURE 3 : INDICATEURS DE CONSOMMATION D'ALCOOL SELON L'AGE EN FRANCE METROPOLITAINE
(SOURCE : SANTE PUBLIQUE FRANCE, 2017)

Il existe une disparité entre régions : les Hauts-de-France (11,5%), la Nouvelle-Aquitaine (12,3%) et l'Occitanie (12,6%) se démarquent par une consommation d'alcool plus fréquente que la moyenne nationale.

L'alcool est la troisième cause de décès évitable en France. En 2015, on estime que **7%** des décès chez les personnes de plus de 15 ans sont liés à l'alcool, fraction qui monte à 15% des décès pour la tranche d'âge 35-64 ans. Cela concerne les décès par cancer (16 000 personnes), par maladie cardiovasculaire (9 900 personnes), par maladie digestive (6 800 personnes), par cause externe comme accident ou suicide (5 400 personnes) et par autre maladie comme les troubles psychiatriques ou du comportement (3 000 personnes). 90% des décès sont liés à une consommation dépassant 53g/jour d'alcool. (5)

II. Définitions

A. Recommandations françaises de consommation d'alcool

Les dernières recommandations de Santé publique France en 2019 pour limiter les risques de la consommation d'alcool sur la santé sont : (6)

- ➔ Pas plus de 10 verres standards par semaine et **pas plus de 2 verres par jour**
- ➔ Avoir des **jours sans consommation** dans la semaine

B. Modes de consommation d'alcool

Comme toutes les substances addictives, on distingue plusieurs « niveaux » de consommations, conceptualisés selon le CIM-10 (Classification Internationale des Maladies) et qui font l'objet d'un consensus international (7)(8) :

- L'usage **simple** : usage qui ne présente pas de danger pour le consommateur ;
- L'usage **à risque** : usage qui est susceptible de causer des dommages à plus ou moins long terme ;
- L'usage **nocif** : usage qui est préjudiciable à la santé du consommateur, sur le plan physique, psychique, social, ou économique, sans présenter de critères de dépendance ;
- La **dépendance** : usage qui se définit par un désir puissant ou compulsif de consommer de l'alcool, malgré les conséquences engendrées. Il peut exister un syndrome de sevrage après une période d'abstinence. On observe également un phénomène de tolérance : il faut consommer des quantités de plus en plus importantes pour ressentir l'effet désiré.

C. Trouble de l'usage de l'alcool selon le DSM-V

En 2013, la Société Américaine de psychiatrie a sorti la 5^e édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, qui introduit la notion de « **trouble de l'usage de l'alcool** » (TUA) à la place de « dépendance à l'alcool ». Ainsi, il n'existe plus « d'abus » ou de « dépendance » à une substance, mais bien un « trouble de l'usage ». (9)

Il existe plusieurs niveaux de sévérité en fonction du nombre de critères retrouvés chez le patient :

- ➔ TUA **faible** (2 ou 3 critères),

- TUA **modéré** (4 ou 5 critères),
- TUA **sévère** (6 critères ou plus)

Ces critères sont les suivants : (10)

1. L'alcool est souvent consommé en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
2. Désir persistant ou efforts infructueux pour diminuer ou contrôler la consommation d'alcool.
3. Beaucoup de temps passé à obtenir de l'alcool, à utiliser de l'alcool, ou à récupérer de ses effets.
4. Présence de craving : envie irrésistible de consommer de l'alcool.
5. Consommation répétée d'alcool conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.
6. Consommation continue d'alcool malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux causés ou exacerbés par les effets de l'alcool.
7. Activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes abandonnées ou réduites à cause de l'usage de l'alcool.
8. Consommation répétée d'alcool dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
9. Usage d'alcool poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par l'alcool.
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - Besoin de quantités plus fortes d'alcool pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
 - Effet notablement diminué en cas de l'usage continu de la même quantité d'alcool
11. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - Syndrome de sevrage caractéristique de l'alcool.
 - L'alcool (ou une substance très proche, telle qu'une benzodiazépine) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

D. Dispositif de soins en addictologie

L'offre de soins en addictologie est organisée en trois secteurs (11), présents sur tout le territoire français et permettant aux médecins généralistes de les accompagner lors de la prise en charge des patients présentant un TUA.

1. Le secteur médico-social

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

Ces centres créés en 2007 permettent aux personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif ou une dépendance à une substance psychoactive (légale ou illégale, y compris tabac et médicaments) ainsi qu'à leur famille une prise en charge de **proximité**.

Ils se caractérisent par : (12)

- Leur *proximité* : avec 385 CSAPA français répartis dans tous les départements, ils sont au plus près des populations. Des antennes et des consultations en dehors des locaux sont également organisées pour couvrir un maximum de territoire.
- Leur *pluridisciplinarité* : pour assurer une prise en charge médicale, sociale, psychologique et éducative, de nombreux professionnels de santé sont représentés dans les centres.
- Leur accompagnement dans la *durée* : les patients et leur entourage sont suivis pendant autant de temps que nécessaire.

Leurs missions sont variées : accueil, information, prévention, évaluation médicale et psychologique, orientation, réduction des risques et enfin prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative.

Le fonctionnement des CSAPA est en majorité ambulatoire, mais certains centres proposent un hébergement sous forme de prestation résidentielle collective (centres thérapeutiques résidentiels, structures d'hébergement d'urgence ou de transition, communautés thérapeutiques) ou d'hébergement individuel (appartement thérapeutique, chambre d'hôtel, familles d'accueil).

b. Les CAARUD : Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues

Ces centres s'adressent à des personnes qui ne sont pas forcément engagées dans une démarche de soins ou qui sont fortement exposées à des risques sanitaires et sociaux du fait de leur mode de consommation (VIH, hépatites, accidents). Les usagers de drogues y sont

accueillis sous certaines conditions : respect des équipes et des autres usagers, et interdiction de consommation sur place.

Leurs missions sont multiples :

- Accueil collectif et individuel
- Information et conseil personnalisé
- Soutien aux usagers dans l'accès aux soins (hygiène, soins de première nécessité sur place, orientation dans le système de soins, dépistage)
- Aide à l'accès au logement et à l'insertion professionnelle
- Mise à disposition de matériel de prévention des infections (seringues, préservatifs, gel lubrifiant)

Mis en place depuis 2006, il existe 140 centres en France, répartis de manière inégale sur le territoire. Le sevrage ou le projet de sevrage ne sont pas exigés, ces centres permettent principalement un accès aux soins en vue d'une réduction des risques. (13)

c. Les CJC : Consultations Jeunes Consommateurs

Réservés aux jeunes consommateurs entre 12 et 25 ans, ces consultations ont lieu principalement dans les CSAPA, dans les Maisons des Adolescents ou dans les centres hospitaliers. Les jeunes peuvent s'y rendre seuls ou avec leurs parents afin d'aborder leur conduite addictive quelle qu'elle soit (substance, jeux, internet, etc.). La situation du jeune est évaluée dans sa globalité, et une prise en charge adaptée est proposée (aide à l'arrêt, réduction des consommations ou pratiques, réduction des risques associés). (14)

2. Le secteur hospitalier

Les filières de soins addictologiques hospitalières sont organisées en 3 niveaux (15) :

- Les structures de **niveau 1** : de proximité. Elles ont pour missions :
 - Les *sevrages résidentiels simples*.
 - Activité de liaison par les *ELSA* (équipes de liaison et de soin en addictologie) qui sensibilisent et forment les équipes à l'addictologie, et les aident lors de la prise en charge des patients. Elles peuvent intervenir dans l'ensemble des

services d'hospitalisation, y compris aux urgences et dans les maternités. Elles jouent également le rôle de liaison entre la ville, l'hôpital et les autres intervenants.

- *Consultations* dont certaines spécialisées en tabacologie.
- Les structures de **niveau 2** : de recours. Elles sont spécialisées en addictologie et doivent proposer, en plus des missions du niveau 1 :
 - Des structures de court séjour pour réaliser des *sevrages complexes* (en hospitalisation conventionnelle ou en hôpital de jour)
 - Des *soins de suites et de réadaptation* en relais d'une hospitalisation ou en accès direct.
- Les structures de **niveau 3** : de recours régional. Elles assurent les missions des niveaux 1 et 2 et sont également compétentes en matière d'enseignement, de formation, de recherche et de coordination régionale.

3. Secteur libéral

En plus des médecins généralistes assurant l'entrée dans les soins pour les patients souhaitant prendre en charge leur addiction, plusieurs interlocuteurs existent dans le secteur libéral :

- Les *médecins généralistes investis en addictologie*, travaillant souvent en réseau avec les CSAPA, ELSA et services d'addictologie. Ils peuvent assurer le sevrage ambulatoire et le suivi des patients, et conseiller les médecins généralistes moins expérimentés.
- Les *addictologues* libéraux (psychiatres ou médecins généralistes de formation)
- Les *psychiatres et psychologues*
- Les *pharmaciens*, acteurs essentiels du parcours de soins des patients, veillent à la bonne délivrance et au bon usage des traitements.
- Les *microstructures médicales* en addictologie

4. Les associations

Les groupes d'entraide et associations d'usagers complètent l'offre de soin sectorisée en proposant un soutien confraternel et empathique aux patients et à leur entourage, un accueil en dehors des heures ouvrables, des groupes de paroles, des ressources d'auto-support. Ces associations se basent sur le principe que l'expérience des anciens usagers leur permet de mieux comprendre et d'aider les autres. (16) Concernant l'alcool, on retrouve par exemple : Alcooliques Anonymes, La Croix-Bleue, Vie Libre, ...

III. Conséquences du trouble d'usage de l'alcool

A. Conséquences aiguës de l'intoxication alcoolique

1. Risque neurologique

a. Ivresse

L'ivresse simple est décrite par des symptômes provoqués par l'action de l'alcool sur le cerveau (noyaux vestibulaires, cervelet, tronc cérébral, cortex) comprenant : jovialité, propos incohérents, hypomanie, dysarthrie, vertiges, troubles cérébelleux, vomissements.

L'ivresse pathologique comprend hallucinations, parfois délire, ainsi que troubles du comportement (violence, agressivité, dangerosité), suivis d'un profond sommeil et d'une amnésie.

L'ivresse convulsivante est la conséquence de la baisse du seuil épileptogène provoquée par l'alcool, se manifestant par une crise généralisée unique, ne nécessitant pas de traitement antiépileptique. Elle reste assez rare. (17)

b. Coma éthylique

L'alcool agit comme un agoniste des récepteurs GABA (neurotransmetteur inhibiteur) et un antagoniste des récepteurs NDMA (diminue la transmission du glutamate, neurotransmetteur excitateur). Alors qu'à faible dose, l'alcool a un effet désinhibiteur et euphorisant, en cas de prise de forte dose, son effet sera **dépresseur du système nerveux**

central, avec une obnubilation puis une stupeur, et enfin un coma éthylique. Une prise en charge en réanimation est nécessaire en cas de signe de gravité pouvant engager le pronostic vital (aréactivité, mydriase, hypotension, hypotonie, hypothermie, dépression respiratoire).

c. Décès

Lorsque de grandes quantités d'alcool sont bues rapidement, une mort subite par dépression respiratoire ou par troubles du rythme (même des chez des personnes sans antécédent cardiaque) est possible.

2. Risque psychiatrique

La consommation aiguë d'alcool peut provoquer des troubles psychosensoriels avec ivresse **hallucinoire**, des bouffées **délirantes** aiguës ou des troubles de **l'humeur** (ivresse maniaque ou dépressive). Ces troubles sont à distinguer d'une alcoolisation aiguë sur un terrain psychiatrique connu. Certains facteurs sont de mauvais pronostic dans ces ivresses pathologiques : l'âge jeune, le jeûne, le terrain somatique et psychiatrique, l'exposition au froid ou à la chaleur, l'interaction avec des médicaments. (18)

En outre, une alcoolisation massive est un facteur de risque majeur de suicide ou de comportement suicidaire.

B. Conséquences chroniques

1. Risque carcinologique

L'alcool est un cancérigène avéré (groupe 1 du classement par le Centre International de Recherche contre le Cancer) qui serait responsable de 11% des cancers chez les hommes et 4,5% chez les femmes, ce qui en fait la seconde cause évitable de mortalité par cancer selon l'OMS. (19) Cela concerne principalement les cancers des **voies ORL** et **digestives** (bouche, œsophage, larynx, foie, estomac, colon, rectum) ainsi que le cancer du **sein** chez les femmes, avec une relation linéaire entre la quantité d'alcool bue et le risque relatif de cancer. (20)

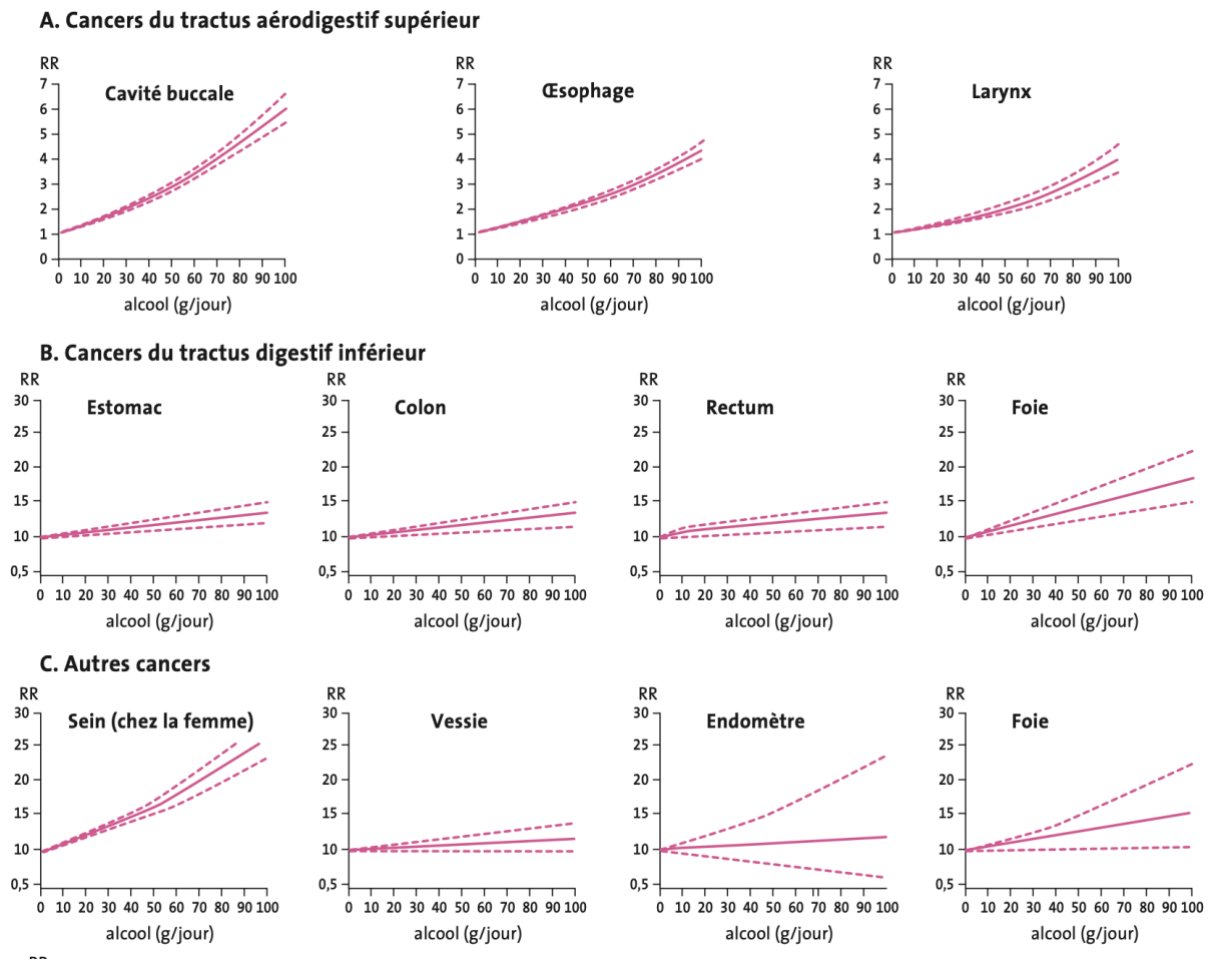


FIGURE 5 : RELATION ENTRE LES NIVEAUX DE CONSOMMATION D'ALCOOL ET LE RISQUE DE 14 CANCERS.
(SOURCE : BAGNARDI ET AL., 2001.)

2. Risque hépatique

Le foie est le principal organe métaboliseur de l'alcool : les hépatocytes vont transformer l'éthanol en acétaldéhyde, molécule toxique qui va altérer le fonctionnement cellulaire. La première conséquence d'une consommation excessive sera la **stéatose** hépatique, soit le dépôt de graisse dans les hépatocytes, ce qui provoquera une **hépatomégalie**. A ce stade, la stéatose est réversible à l'arrêt des consommations. Le stade suivant est la **fibrose** hépatique, conséquence de l'inflammation et de la nécrose des cellules hépatiques. Au stade terminal, le patient peut être atteint de **cirrhose**. (21) La circulation sanguine est entravée par la cirrhose, ce qui provoque une hypertension portale et favorise le développement de varices œsophagiennes et donc le risque d'hémorragie par rupture de varice.

Selon une méta-analyse de 1999, la consommation excessive d'alcool augmente significativement le risque de cirrhose et de pancréatite chronique (22). Le mode de consommation est à prendre en compte : une consommation chronique sur une longue période présente plus de risque que des épisodes aigus de consommation excessive. (20)

En outre, la consommation d'alcool chez un patient atteint d'une hépatite C accélère la progression de la maladie vers la cirrhose et le cancer. (23)

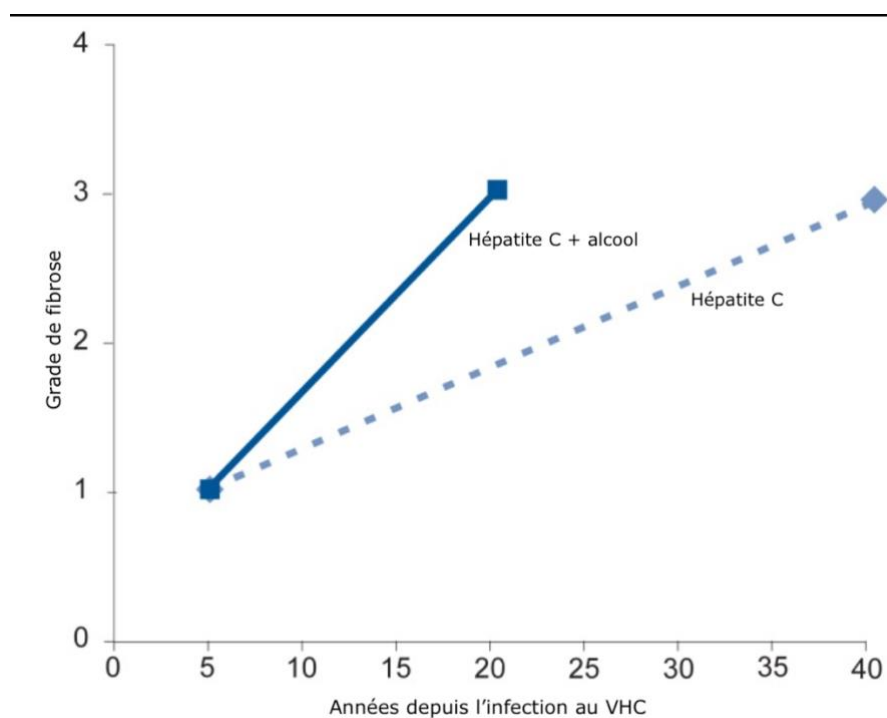


FIGURE 6 : RELATION ENTRE LA SEVERITE DE LA FIBROSE ET LA DUREE D'INFECTION AU VHC EN FONCTION DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL (SOURCE : WILEY ET AL. 1998.)

3. Risque psychiatrique

De nombreuses études ont montré que les patients dépressifs ou présentant des troubles de l'humeur sont à haut risque de dépendance à l'alcool, et inversement. Les patients alcoolodépendants présentant deux à trois fois plus de risque de développer une **dépression**, et environ six fois plus de risque de présenter un **trouble bipolaire**.

Chez un patient atteint de schizophrénie, la consommation d'alcool aggrave la maladie, même à de faibles doses. (20)

4. Risque cardiovasculaire

La consommation chronique d'alcool augmente le risque d'**hypertension artérielle**, selon une relation dose-dépendante. Chez les hommes, la fréquence d'hypertension artérielle augmente de 50% pour une consommation de 3 à 5 verres/jour. Cette augmentation de risque est indépendante du type d'alcool ou du mode d'alcoolisation. (24)

Une augmentation significative du risque d'**AVC** ischémique et hémorragique (avec une relation dose-effet plus importante pour ce dernier) a également été décrite.

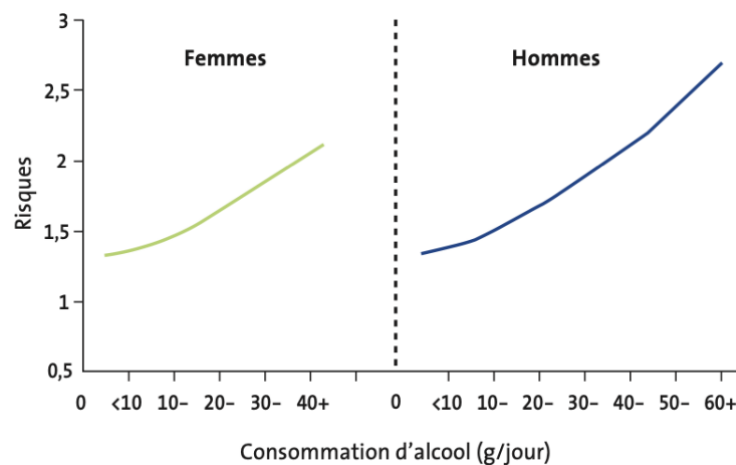


FIGURE 7 : RISQUES RELATIFS D'AVC HEMORRAGIQUE SELON LE NIVEAU DE CONSOMMATION D'ALCOOL.
SOURCE : STRATEGY UNIT (2003)

La consommation d'alcool semble augmenter de manière spécifique et dose-dépendante la concentration du HDL-cholestérol, considérée comme protectrice sur le plan cardiovasculaire. Le mécanisme incriminé est encore mal connu. Le LDL-cholestérol ne semble pas être influencé par la consommation d'alcool. En revanche, elle aura un impact sur la concentration de triglycérides et sur les VLDL.

L'augmentation du taux de HDL-cholestérol est la principale hypothèse expliquant la diminution du risque de maladie coronarienne pour une prise d'alcool modérée (jusqu'à 13-14 verres standards par semaine) décrite dans la littérature. Cependant, cet effet bénéfique disparaît pour des consommations supérieures. (25)

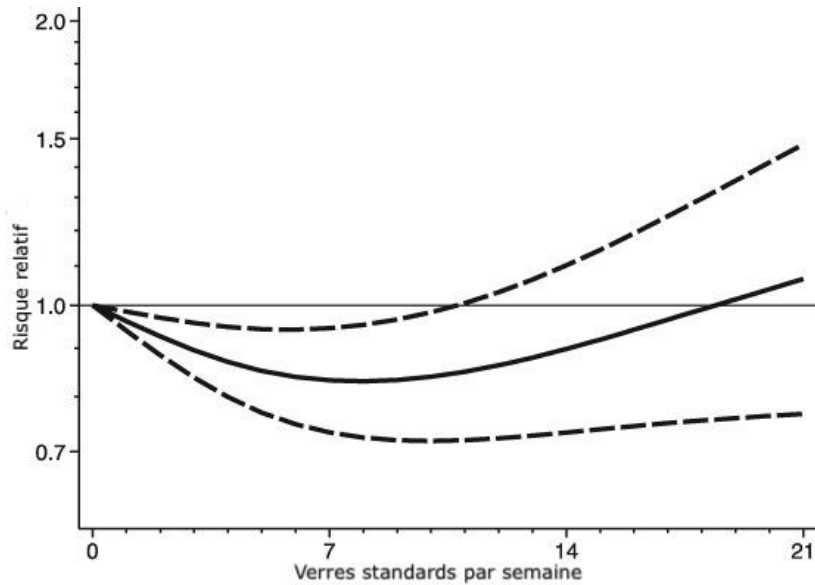


FIGURE 8 : ASSOCIATION ENTRE LA CONSOMMATION D'ALCOOL (EN NOMBRE DE VERRES STANDARDS PAR SEMAINE) ET LE RISQUE RELATIF D'ARRÊT CARDIAQUE. SOURCE : LARSSON, S.C., ORSINI, N. AND WOLK, A. (2015)

5. Risque neurologique

a. Encéphalopathies

- Encéphalopathie de **Gayet-Wernicke**, due à une carence en vitamine D1, à évoquer systématiquement devant la présence d'un syndrome confusionnel, de signes oculomoteurs (paralysie, nystagmus), d'un syndrome cérébelleux statique et d'une hypertonie oppositionnelle.
- Encéphalopathie **pellagreuse**, due à une carence en vitamine PP, dont les symptômes comprennent une confusion mentale et une hypertonie extrapyramidale, parfois des troubles digestifs et des signes cutanéomuqueux (glossite, desquamation).
- Encéphalopathie **hépatique**, conséquence de l'insuffisance hépatique, associant confusion mentale, flapping tremor, parfois signes extrapyramidaux et crises d'épilepsie. (17)

b. Troubles cognitifs

Les conséquences cognitives de la consommation chronique d'alcool peuvent entrer dans le cadre du syndrome de **Korsakoff**, conséquence de l'encéphalopathie de Gayet-

Wernicke mal traitée. Le sujet présente une amnésie antérograde, des fausses reconnaissances et des fabulations.

Elles peuvent également être liées à la maladie de **Marchiafava-Bignami**, qui provoque une démence avec mutisme, troubles de la marche, dysarthrie et hypertonie.

Enfin, la consommation chronique d'alcool peut entraîner des symptômes divers, qui n'entrent pas dans le cadre des deux pathologies citées précédemment : troubles dysexécutifs et troubles mnésiques.

c. Épilepsie

L'épilepsie alcoolique représente environ un quart des étiologies d'épilepsie tardive de l'adulte. Elle se définit par la survenue de crises chez un adulte sans antécédent épileptique et sans aucune autre cause qu'un alcoolisme chronique. (26) Une consommation de plus de 20g d'alcool pur par jour augmente le risque relatif d'épilepsie à 7,2. (20) De surcroît, l'alcoolisme favorise voire aggrave la survenue de crise d'origine autre.

d. Neuropathies

Conséquence de la toxicité directe de l'alcool et de la carence vitaminique, les patients peuvent développer une polyneuropathie longueur-dépendante, qui touche les fibres nerveuses comme motrices. Elle se manifeste au début par des crampes nocturnes, une fatiguabilité à la marche, une hypoesthésie douloureuse et une aréflexie achilléenne. Dans sa forme évoluée on retrouve des douleurs à type de brûlure ou d'étau avec une anesthésie « en chaussette », un steppage et des signes trophiques (dépilation, troubles de la sudation, maux perforants plantaires). (17)

6. Risque fœtal

L'exposition prénatale à l'alcool est une intoxication du fœtus lié à la consommation d'alcool par la mère durant la grossesse. Elle entraîne un certain nombre de complications physiques, neurologiques et psychosociales, dont seule une petite partie peut être diagnostiquée à la naissance : (27)

- Conséquences sur l'**intelligence** et les **apprentissages** : retard mental, baisse de la capacité d'attention, hyperactivité, trouble des apprentissages, etc.
- Conséquences **sensorielles** : sensibilité au toucher, hypersensibilité aux sons ou à la lumière, tolérance à la douleur anormalement élevée, troubles de la vue, dyslexie, surdité, etc.
- Conséquences sur le **comportement** : rigidité, troubles du sommeil, impulsivité, traits autistiques, irritabilité extrême, etc.
- Conséquences **physiques** : retard de croissance intra-utérin, petite tête, déformations du visage et de la bouche, petite taille ou poids à l'âge adulte, malformations organiques, etc.
- Le **syndrome d'alcoolisation fœtale** (SAF) est la forme la plus grave des complications liées à la consommation d'alcool pendant la grossesse (consommation de plus de 5 verres d'alcool par jour).

Il s'agit de la première cause de handicap mental non génétique et d'inadaptation sociale en France. Entre 2006 et 2013, on a décompté 3207 nouveau-nés (soit une naissance par jour) présentant des conséquences liées à l'alcoolisation fœtale. (28)

Il n'existe pas de seuil d'alcoolisation en dessous duquel le risque est nul pour le fœtus.

C. Conséquences légales

L'alcool est impliqué dans une proportion importante d'agressions et de délits violents (un peu moins de la moitié), et certaines études ont montré une relation entre la consommation d'alcool et le risque d'être impliqué dans des **incidents violents** (dont des homicides), surtout lors d'alcoolisation aiguë. (29) Cette relation est également valable pour les violences domestiques et les situations de maltraitance infantile.

Le risque d'**accident de la route** est significativement plus élevé sous emprise de l'alcool, et le risque augmente avec l'alcoolémie. Selon une étude américaine de 2002, une alcoolémie à 0,5 g/l (soit la limite légale d'alcoolémie au volant en France) augmente le risque d'accident de 38%, et le multiplie par cinq pour un taux à 1 g/L. (30) On estime que l'alcool est responsable de 30% de la mortalité sur la route. Les accidents causés par l'alcool sont également plus graves comparativement aux accidents sans alcool.

D. Conséquences socio-économiques

L'ivresse provoquée par la consommation d'alcool aigue ou chronique peut causer des dommages sociaux diverses : participation à des rixes, conséquences négatives sur la vie de famille ou amicale, au travail, dans les études. Ces dommages semblent augmenter proportionnellement à la quantité d'alcool consommée. (20)

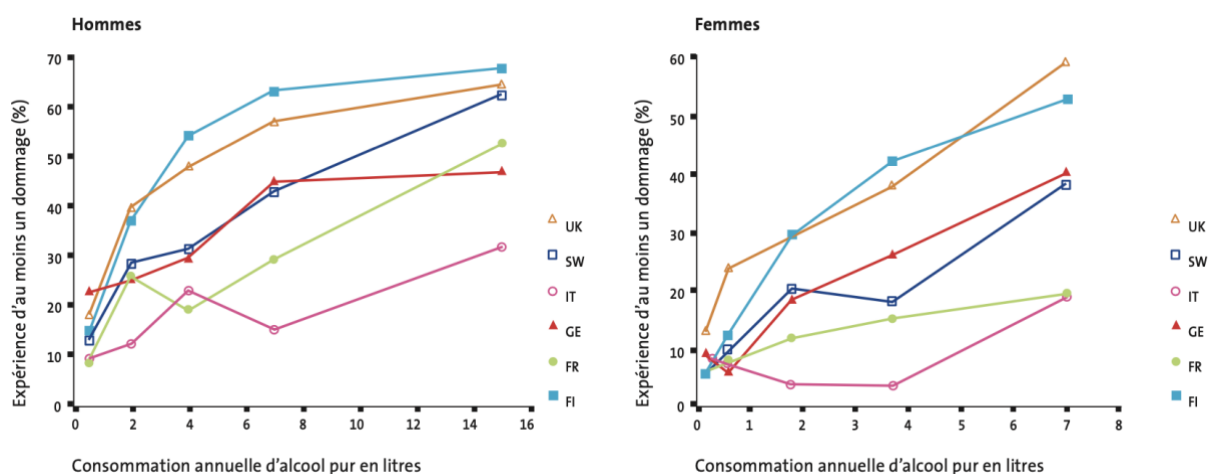


FIGURE 9 : AUGMENTATION DU RISQUE DE SURVENUE D'AU MOINS UNE CONSEQUENCE SOCIALE NEGATIVE (PARTICIPER A UNE BAGARRE, PORTER ATTEINTE A LA VIE FAMILIALE, AU MARIAGE, AU TRAVAIL, AUX ETUDES, AUX AMITIES OU A LA VIE SOCIALE) EN FONCTION DE LA CONSOMMATION ANNUELLE D'ALCOOL POUR LES PAYS EUROPEENS SUIVANTS : GRANDE BRETAGNE, SUEDE, ITALIE, ALLEMAGNE, FRANCE, FINLANDE. SOURCE : NORSTRÖM ET AL., 2001.

Le risque alcool dans le milieu **professionnel** n'est pas à négliger : accidents de travail, absentéisme et arrêts de travail, qualité de vie au travail, déficit cognitif des personnes concernées, interférences avec les autres travailleurs, retards, inquiétude, intolérance des collègues. (31)

L'observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) a estimé le « **coût social** » de l'alcool à 120 milliards d'euros, soit autant que le tabac. Ce chiffre prend en compte le coût externe (vies perdues et qualité de vie des acteurs du marché de la drogue, perte de production des entreprises) et le coût pour les finances publiques (sommes dépensées dans la prévention, les soins, et rapportées par les taxes sur l'alcool et les retraites non versées). (32)

IV. Internet en consultation de médecine générale

L'Internet est une source considérable d'informations et son utilisation pendant la consultation en médecine générale est de plus en plus répandue. La qualité des informations trouvées étant très variable, un regard critique reste indispensable. Plusieurs catégories de ressources sont à la disposition du médecin généraliste pour répondre à ses besoins : sont détaillées ci-dessous les ressources disponibles en français.

A. Les collèges et associations savantes

Les différents collèges de médecine mettent parfois à disposition leur référentiel officiel : collège de neurologie (<https://www.cen-neurologie.fr>), collège de néphrologie (<http://cuen.fr/manuel/>), collège de gynécologie obstétrique (<http://www.cngof.fr>), etc.

D'autres associations savantes comme la société française de cardiologie (<https://www.cardio-online.fr>) mettent à disposition des professionnels des recommandations, des vidéos de formations et des cours sur leur spécialité.

B. Les recommandations

Il est possible d'effectuer une recherche par mot clé sur le site de la HAS pour obtenir les dernières recommandations sorties pour un sujet donné. Le collège de médecine générale, en partenariat avec la HAS, a également développé un site regroupant des dizaines de recommandations officielles utiles en médecine générale (<https://www.ebmfrance.net/fr>) mais celui-ci nécessite d'être inscrit.

C. Les bases de données bibliographiques

Pour accéder aux publications d'articles médicaux, il faut s'appuyer sur les différentes bases de données bibliographiques disponibles, la plus connue étant Pubmed (mais en langue anglaise). Son équivalent francophone est le site web Lissa (lissa.fr), développé par le CHU de Rouen. Il référence 600 000 publications en français, majoritairement issues de Pubmed.

L'éditeur Elsevier met à disposition des étudiants (accès au site via une institution) ses articles de revues sur sciencedirect.com.

D. Les banques médicamenteuses

Les banques de données médicamenteuses répertorient les différents traitements médicamenteux présents sur le marché (composition, indication, posologies, effets indésirables, contre-indications, etc.) et sont principalement accessibles via le logiciel métier : Claude Bernard, Thériaque, Vidal. On peut citer également la base de données publique des médicaments, site gouvernemental et accessible à tous.

E. Les utilitaires

Ils permettent de calculer des **scores** (cardiorisk.dfr : score de risque cardiovasculaire ; <http://www.masef.com/scores/tdranginescoremacisaac.htm> : score de Mac Isaac), des valeurs **biologiques** (calcémie corrigée, débit de filtration glomérulaire), des valeurs **anthropométriques** (IMC, surface corporelle), en rentrant les données du patient. Le site Medicalcul regroupe des dizaines de calculateurs (<http://medicalcul.free.fr/>).

F. Les outils d'aide à la décision médicale

En plein essor ces dernières années, ces sites ont pour vocation de faciliter la prise de décision du médecin que ce soit au niveau **diagnostique, thérapeutique** ou **d'orientation** du patient. Ils couvrent de plus en plus de champs médicaux : antibioclic (antibiothérapie), ophtalmoclic (ophtalmologie), thromboclic (prescription des anticoagulants), gestaclic (suivi de la grossesse), etc. Le site kitmedical.fr répertorie ces outils ainsi que d'autres sites de calculs de score, de conseils pour les patients, de recommandations officielles et de sociétés savantes.

G. Les réseaux sociaux

Certains réseaux sociaux comme Facebook ou Whatsapp permettent, principalement par le biais de groupes privés, des échanges entre médecins. Il est possible de demander un avis, un conseil ou de partager son expérience avec des confrères et ainsi d'améliorer ses pratiques.

H. Sites internet existants sur l'alcoologie

I. Alcool-info-service.fr

Le site gouvernemental alcool-info-service.fr est le principal site francophone dédié à l'information et à la prévention sur la consommation d'alcool. Il présente plusieurs rubriques sur le bandeau d'accueil :

- « **Tout savoir sur l'alcool** » regroupant des fiches informatives sur la loi, l'épidémiologie, les repères de consommation, un vrai-faux.
- « **L'alcool et vous** » regroupant plusieurs réponses aux questions que les patients peuvent se poser sur leur consommation d'alcool, y compris pendant la grossesse.
- « **L'alcool et vos proches** » permettant à l'entourage de patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool de s'informer et de savoir repérer une consommation à risque.
- « **Actualités** » qui est un fil de publications sur divers thèmes liés à l'alcool, souvent en rapport avec la période de l'année.

Sur la page d'accueil, on retrouve :

- Une section « **contact** » pour que les patients puissent contacter un professionnel pour parler de leur consommation (tchat, numéro de téléphone, adresses utiles).
- Il existe une rubrique « **forum de discussion** » où chacun peut écrire et recevoir des conseils d'autres utilisateurs.
- La partie « **témoignages** » permet de lire ou de déposer soi-même les récits de vie de consommateurs.

Ils peuvent également évaluer leur consommation d'alcool en cliquant sur « **faire le test** ». Ils sont redirigés vers un site (<https://www.alcoometre.fr>) et vont devoir répondre à plusieurs questions :

- Sexe, âge, poids,
- Quels jours (lors de la semaine précédente) ont-ils consommés de l'alcool (lundi, mardi, mercredi, etc.),
- En fonction des jours choisis, quel alcool (bière, vin, alcool fort, cocktail) et en quelle quantité ont-ils consommé,
- Combien estiment-ils avoir dépensée d'argent en alcool sur la semaine.

En cliquant sur « voir mes résultats », les patients peuvent alors savoir s'ils sont au-dessus des repères de consommation, et quels sont les risques pour leur santé. Il y a également un rappel sur le repère de consommation « maximum 2 verres dans la même journée et pas tous les jours ».

2. *Addictions-france.org*

L'association Addictions France est une association qui intervient sur tout type de comportement addictif (alcool, tabac, cannabis, psychotropes, jeux illicite, addiction sans substance) et dont le champ d'action englobe la prévention, la réduction des risques, le travail social et les soins.

Sur leur site internet <https://addictions-france.org>, les patients peuvent retrouver des explications et les différents repères de consommation pour les drogues suivantes : alcool, tabac, cannabis, écrans. En cliquant sur alcool, on accède à quelques phrases explicatives, aux équivalences de verre standard et aux repères de consommation.

En bas de la page, « pour aller plus loin », les patients peuvent cliquer sur « **Test alcool – suis-je addict ?** », et sont alors redirigés vers le site gouvernemental alcoometre.fr. Ils peuvent aussi cliquer sur « **dépliant alcool – actif** » ou « **dépliant alcool – jeunes** », pour télécharger un document qui reprend les informations importantes sur les risques, les repères de consommation, et un questionnaire FACE.

En revenant sur la page d'accueil, une section « **trouvez un professionnel près de chez vous** » propose aux patients de rentrer leur code postal et de choisir le type d'établissement cherché : centre d'addictologie, centre d'hébergement, consultations jeunes consommateurs, direction, service de prévention, site inter-régional de formation, structure d'accueil jeune et famille.

3. Alcooliques Anonymes

Présente dans plus de 180 pays dans le monde, le groupe d'entraide Alcooliques Anonymes fait partie des plus importants en France, et possède des antennes dans toutes les grandes villes. Leur site internet possède trois onglets principaux :

- « **Trouvez votre réunion** » qui permet via une recherche par adresse de trouver la réunion la plus proche, ou de s'inscrire à des réunions en ligne.
- « **AA est-il pour vous ?** » où les internautes peuvent remplir un questionnaire de 12 questions (portant sur les conséquences de l'alcoolisation sur la vie privée et professionnelle, mais non sur la quantité/fréquence, le questionnaire étant positif si la personne a répondu « oui » 4 fois ou plus) et plusieurs paragraphes visant à déculpabiliser et offrir leur aide pour réduire sa consommation.
- « **Évènements à venir** » proposant un calendrier des évènements de l'association (congrès, conventions)

4. Autres

En effectuant une recherche Google avec comme mots clés « alcool » ou « alcool test », d'autres sites sont retrouvés mais non évoqués ici :

- Estimation de l'alcoolémie en fonction du nombre de verres bus,
- Articles de journaux,
- Articles d'encyclopédie en ligne, etc.

V. Objectif du travail

L'objectif principal de ce travail est de créer un site internet simple, à destination des médecins généralistes des Bouches du Rhône, permettant le repérage rapide des patients éthyliques chroniques en consultation et leur orientation dans le système de soins.

Grâce à une revue de littérature sur le repérage des patients éthyliques chronique et sur les freins ressentis en consultation par les médecins généralistes, nous avons pu développer un outil répondant à plusieurs problématiques évoquées par ces derniers.

**PARTIE 1 : synthèse des outils de dépistage de l'alcoolodépendance
et des freins à la prise en charge ressentis par les médecins
généralistes**

I. Introduction

L'écart entre le nombre de patients éthyliques chroniques et le nombre de patients éthyliques chroniques traités est énorme : seulement 15% des consommateurs seraient diagnostiqués, dont la moitié seront pris en charge. (33) C'est dans ce cadre que le médecin généraliste entre en jeu : comme pour toute pathologie aiguë ou chronique, il doit dépister. Il doit repérer les consommateurs parmi ses patients, sans jugement, avec bienveillance. Seulement, les médecins généralistes sont confrontés à plusieurs difficultés lors de la prise en charge des patients éthyliques chroniques : peu de connaissances sur la pathologie, pas assez de temps, découragement, difficulté de prendre en charge en ville... On se rend compte également que la majorité des médecins généralistes ne connaissent pas les structures ou les réseaux de soins existants concernant l'alcoologie. (34)

Une revue de littérature a été réalisée afin de synthétiser les recommandations et des données de littérature sur les outils de repérage de l'alcoolodépendance et sur les freins à la prise en charge ressentis par les médecins généralistes en consultation.

II. Matériel et méthodes

Etape 1

Pour ce travail, j'ai recherché des articles ayant pour sujet la prise en charge des patients éthyliques chroniques en médecine générale, particulièrement centrés sur le repérage des troubles de l'usage de l'alcool et les freins ressentis par les médecins généralistes. Les bases de données Pubmed et LiSSa ont été utilisées pour la recherche et le logiciel Zotero pour la gestion des références bibliographiques.

Plusieurs algorithmes de termes mesh ou mots clés ont été utilisés, en fonction des bases de données :

PUBMED :

- ((screening[Title/Abstract]) AND (alcohol dependence[MeSH Terms])) AND (general practice[MeSH Terms]) = 146 résultats

LISSA :

- « Repérage » ET « alcool » = 125 résultats
- « alcool » ET « médecine générale » = 115 résultats

D'autres articles ont été sélectionnés à partir des références bibliographiques des articles lus et ont été ajoutés à cette revue de littérature.

Etape 2

Lecture du titre puis en fonction de sa correspondance à mon sujet, des résumés des articles sélectionnés à l'étape 1, puis seconde sélection en fonction de plusieurs critères :

INCLUSION	EXCLUSION
<ul style="list-style-type: none"> - Articles traitants du dépistage et de la prise en charge des patients alcoolodépendants ou avec une consommation à risque en médecine générale - Disponibles en ligne gratuitement - En anglais ou en français 	<ul style="list-style-type: none"> - Articles traitant d'une population non représentative de la population générale (femmes enceintes, adolescents, personnes âgées, ethnie spécifique) - Articles traitant d'un autre lieu que les soins primaires (urgences, service hospitalier), ou d'une autre profession que le médecin généraliste (infirmière, diététicienne) - Articles traitant d'autres addictions ou de pathologies psychiatriques - Articles datant d'avant 1990

Etape 3

Les articles sélectionnés ont ensuite été lus en intégralité.

Une évaluation systématique du niveau de preuve a été réalisée à cette étape, en utilisant l'outil d'analyse de la littérature de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Type d'étude	Niveau	Grade	Signification
Méta-analyse Analyse de décision sur des études bien menées Essais comparatifs randomisés	1	A	Preuve scientifique établie
Essais comparatifs randomisés de faible puissance Etudes comparatives non randomisées bien menées Cohorte	2	B	Présomption scientifique
Etude cas-témoins	3	C	Faible niveau de preuve scientifique
Etudes comparatives avec biais Etudes rétrospectives Séries de cas Etudes épidémiologiques descriptives	4		

III. Résultats

À l'étape 1, la recherche par mots-clés sur les deux moteurs de recherche a retrouvé 370 articles au total. En se référant aux critères d'exclusion et d'inclusion, 16 articles étaient exclus sur la date, 12 articles étaient exclus sur la langue, 58 articles étaient exclus car non disponibles en ligne gratuitement, 50 articles étaient exclus sur la population étudiée et 24 articles étaient des doublons. À la suite de la lecture des résumés, 176 articles étaient exclus car ne traitant pas du sujet ou étant peu pertinents dans le cadre de mon travail.

Au total, **55 articles** ont été analysés pour la revue de littérature dont **9** ajoutés à partir de références bibliographiques.

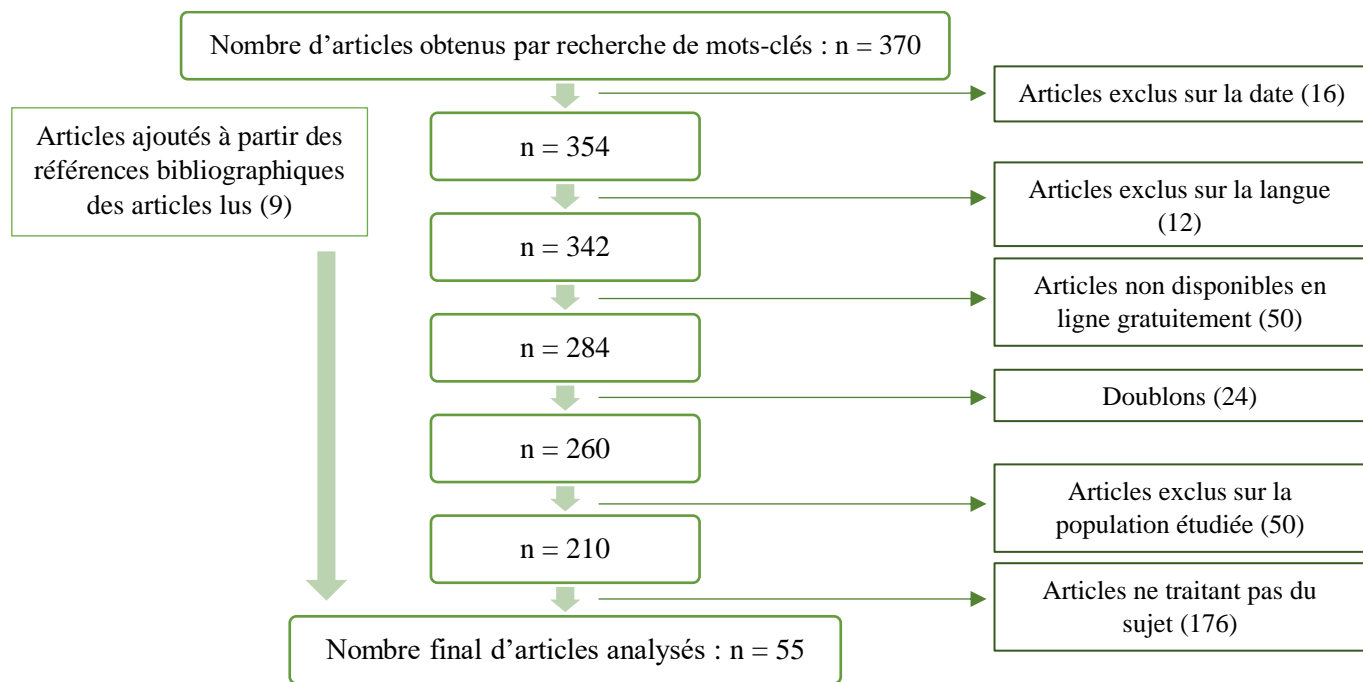


FIGURE 10 : DIAGRAMME DE FLUX DE SELECTION DES ARTICLES

Types d'articles et évaluation du niveau de preuve

Parmi les articles inclus dans la revue de littérature, 34 étaient des études statistiques. Leur niveau de preuve a été évalué pour chacun selon l'outil de la HAS et réparti dans le tableau ci-dessous :

Type d'étude	Niveau	Grade	Signification
1 Méta-analyse 2 Analyses de décision sur des études bien menées 0 Essai comparatif randomisé	1	A	Preuve scientifique établie
2 Essais comparatifs randomisés de faible puissance 0 Etude comparative non randomisée bien menée 1 Cohorte	2	B	Présomption scientifique
0 Etude cas-témoins	3	C	Faible niveau de preuve scientifique
1 Etude comparative avec biais 0 Etude rétrospective 1 Série de cas 26 Etudes épidémiologiques descriptives	4		

A. REPERAGE

1. Rôle du médecin généraliste

Le médecin généraliste est compétent pour la prise en charge des troubles de l'usage de l'alcool selon les patients, mais leur repérage semble peu effectué. L'abord systématique de la question de l'alcool lors d'une première consultation avoisine les 20% selon une étude menée dans le Languedoc-Roussillon. (35) Ces chiffres se confirment du point de vue des patients, qui selon une étude française de 2000, déclarent qu'une grande majorité (86%) des médecins généralistes ne leur poserait pas la question de l'usage d'alcool lors de la première consultation. (36). Selon l'enquête téléphonique « Baromètre santé Médecins généralistes » de 2011, les trois quarts des médecins généralistes posent la question de l'alcool seulement pour les patients jugés « à risque ». (37) Pourtant, environ 87% des patients jugeraient normal que leur médecin traitant s'intéresse à leur consommation d'alcool. (38) Dans l'étude REPEX, les patients se disent peu

gênés par les questionnaires de repérage (13% des patients ayant rempli le questionnaire AUDIT) (39).

2. Quand dépister ?

Le mésusage d'alcool est en effet rarement la demande principale de la consultation : l'observatoire de médecine générale de la SFMG, qui répertorie les motifs de consultation en médecine générale, a relevé seulement 1,21% de consultation en rapport avec un problème de consommation d'alcool sur 3760 consultations. C'est à ces patients en particulier, au motif « habituel » de consultation, que s'adresse un repérage précoce de la consommation en alcool. (40)

Selon le « plan cancer » mis en place par le gouvernement en 2014, on peut différencier deux approches pour aborder la question de l'alcool en consultation (41) :

- « *L'approche systématique* », qui consiste à poser la question de la consommation d'alcool à chaque nouveau patient, comme on pose la question du tabac ou du traitement habituel. Le médecin généraliste pourra également poser la question à intervalles réguliers tout au long du suivi de son patient. Cette approche permet d'être réellement préventif, en sondant la totalité de sa patientèle, mais est rarement utilisée car difficile à mettre en œuvre.
- « *L'approche opportuniste* », où le médecin pose la question de la consommation d'alcool devant certaines situations de vie (désir de grossesse par exemple), à l'occasion d'un bilan biologique perturbé, devant des patients souffrant de maladies chroniques résistantes au traitement (dépression, hypertension, troubles gastro-intestinaux...), lors de l'introduction d'un nouveau médicament (en particulier si l'alcool entre en interaction avec ce médicament), ou en présence de symptômes évocateurs. (42)(33)

Aucune étude n'a comparé ces deux méthodes d'abord de la consommation d'alcool en médecine générale. (43)

3. Repérage en consultation de médecine générale

Le repérage se fait en fonction d'un faisceau d'argument cliniques et biologiques, dont la sensibilité est majorée par l'utilisation de questionnaires validés (44). Il se base sur 4 axes, s'inscrivant dans le temps (45) :

a. L'entretien

L'entretien permet au patient un premier questionnement sur sa consommation, et de lui délivrer les premières informations concernant les boissons alcoolisées.

Il existe plusieurs manières de conduire l'entretien afin de déterminer la Consommation Déclarée d'Alcool (CDA) du patient (11). La CDA correspond au nombre de verres standard (contenant 10g d'alcool pur) consommés dans un temps donné (*annexe 1*).

➔ La première méthode consiste à demander au patient la fréquence de consommation d'alcool dans une période donnée, puis le nombre de verre bu(s) en moyenne par jour de consommation. Il est évidemment impératif d'expliquer au patient ce que représente un verre standard. Le biais de remémoration est à prendre en compte sur le choix de la période donnée : le plus souvent, on pose ces questions sur la dernière semaine, week-end inclus.

Rapides, simples, efficaces, les questions sur la **quantité/fréquences** ont été validées par plusieurs études américaines dans les années 90. (46) (47) La sensibilité de la question de la quantité d'alcool consommée par semaine diminue progressivement lorsque la quantité d'alcool déclarée augmente. (48)

➔ Il existe également certaines méthodes **d'estimation** de la consommation quotidienne de façon **rétrospective**, mais elles sont moins rapides que le questionnement quantité/fréquence et exigent du médecin généraliste une certaine disponibilité et une formation, ainsi qu'un investissement de la part du patient. On peut citer le « Form 90 » ou le « Alcohol TimeLine Followback ». Ces méthodes ont pour point commun de donner un calendrier (souvent des 30 derniers jours) où le patient doit se remémorer précisément pour chaque jour quel alcool a été consommé, le nombre de verre(s), voire le nombre d'heures d'alcoolisation. En utilisant des point d'ancrages mémoriels comme

certaines dates d'anniversaires, des hospitalisations, des périodes d'abstinence, ces méthodes ont prouvé leur efficacité et leur précision (49), mais semblent trop compliquées à mettre en place au quotidien lors d'une consultation de médecine générale.

➔ Une étude prospective suisse portant sur 286 patients a permis de valider une **question « test »** (« Combien de fois, l'année passée, avez-vous bu plus de x verres dans une journée ? » avec 6 verres standards pour les femmes et 8 verres standards pour les hommes) comparativement à certains questionnaires validés (AUDIT-C, CIDI). La sensibilité de 82% et la spécificité de 79% en font une question intéressante à poser aux patients pour détecter un problème lié à l'alcool. (50)

Une autre question « test » a été étudiée par une équipe américaine sur plus de 1500 patients : « Quand avez-vous bu plus que x verres dans une journée ? » (avec 4 verres pour les femmes, 5 pour les hommes, la question étant positive si la réponse est à n'importe quel moment dans les 3 derniers mois) et a montré une efficacité comparable (sur la sensibilité et la spécificité) à celle d'un questionnaire CAGE. (51) Elle était aussi efficace pour repérer les consommateurs à risque que les patients présentant un TUA (52), ce qui en fait un outil efficace, rapide, et très facile à mettre en place lors d'une consultation de médecine générale.

Si la CDA du patient dépasse les seuils recommandés, il peut être intéressant d'utiliser la pyramide de Skinner (*annexe 2*), simple à reproduire devant le patient, et de lui poser la question sur sa propre situation : où pense-t-il se situer ? Connait-il les valeurs seuil recommandées par l'OMS ? On commence ainsi le dialogue avec lui, en le laissant participer à l'analyse de sa consommation. (53)

b. L'examen clinique

La consommation chronique d'alcool a de nombreuses conséquences sur la santé, les signes sont aspécifiques et rarement évocateurs : c'est la présence de plusieurs de ces signes qui constituera un faisceau d'arguments en faveur d'un mésusage de l'alcool. On peut par exemple citer : hypertension, céphalées, faciès évocateur (vaisseaux capillaires dilatés, yeux injectés de sang), tremblements des mains et de la langue, haleine alcoolique, troubles gastro-intestinaux,

troubles cognitifs, élargissement du polygone de sustentation, difficultés sexuelles, anxiété, dépression, troubles du sommeil, etc. (54)

Les atteintes sévères comme la cirrhose ou la pancréatite aiguë sont plus évocatrices et spécifiques mais sont le plus souvent tardives et arrivent à un stade où le repérage perd son véritable intérêt.

Les indicateurs sociaux et psychiatriques jouent un rôle majeur dans le dépistage, et certaines situations doivent alerter : problèmes financiers, professionnelles, de couple, avec l'entourage, accidents fréquents, insomnie, dépression, anxiété, hétéroagressivité....

c. Marqueurs biologiques (55)

Ils sont utiles pour le repérage mais aussi pour le suivi des interventions, car ils ne dépendent pas du discours du patient. Les marqueurs intéressants sont : le Volume Globulaire Moyen (VGM), la Gammaglutamyl Transferase (GGT), Transferrine Déficiante en Carbohydate (CDT) et les transaminases (ASAT et ALAT). Ces marqueurs ont une faible sensibilité donc leur utilisation ne doit pas être isolée, elle doit venir en complément de l'interrogatoire et de l'examen clinique. L'équipe de Hermasson a mené une étude en 2006 portant sur la détection des troubles de l'usage de l'alcool au travail, et a montré qu'en utilisant seulement des marqueurs biologiques (sans questionnaire de dépistage), la proportion de patients repérés diminuait de plus d'un tiers. Il est donc impératif d'utiliser ces marqueurs en sus de questionnaires adaptés, ce qui permettra une meilleure détection des patients malades. (56)

L'absence de valeur anormale n'élimine pas un mésusage surtout en phase précoce. A l'inverse, aucun de ces marqueurs ne permet d'affirmer avec certitude une dépendance à l'alcool.

On peut utiliser ces examens comme un outil pour faire comprendre au patient les conséquences d'une consommation chronique d'alcool, et permettre souvent d'ouvrir le dialogue.

- GGT : la consommation de 4 verres ou plus pendant 4 à 8 semaines augmente significativement le taux de GGT, et sa normalisation peut prendre jusqu'à 2 mois. Il possède une bonne spécificité (environ 75%) et permet également de suivre les patients sur leur consommation d'alcool. Le suivi des GGT sont souvent source de motivation pour les patients.

Cependant, sa spécificité est faible (60 à 70%), de nombreuses situations ou pathologies peuvent provoquer son augmentation : âge, tabac, contraception orale, diabète, obésité, hépatopathies. Un peu moins de la moitié des consommateurs excessifs ont des GGT augmentés.

- **VGM** : son taux augmente après 4-8 semaines de consommation excessive. Il a une bonne spécificité (90%) et faible sensibilité (30 à 40%). L'association de l'augmentation des GGT et du VGM a une sensibilité de 90% environ, ce qui permet un bon dépistage d'une consommation d'alcool excessive.

- **CDT** : il s'agit du marqueur le plus récent, approuvé par la FDA en 2001. Il est spécifique du métabolisme de l'alcool et reflète le niveau récent de consommation (sur les 2 dernières semaines environ). Il présente une sensibilité comparable à celle des GGT.

Son intérêt est particulièrement important lors de la nécessité de repérer une rechute. Il est plus sensible que les GGT pour détecter les changements de consommation sur une période de 3-4 semaines. Cependant, c'est un examen coûteux, qu'on n'utilise que rarement.

Malgré sa très bonne spécificité (92% selon une étude menée en 1994 (57)), d'autres pathologies peuvent augmenter la CDT : hépatopathie au stade terminal, cirrhose biliaire, facteurs génétiques. (58)

- **ASAT et ALAT** : leur augmentation est synonyme d'une cytolyse hépatique donc d'une souffrance hépatique pouvant être induite par la toxicité de l'alcool.

	Sensibilité	Spécificité	Remarques
GGT	75%	60-70%	Permet de suivre la consommation car se normalise en quelques semaines, indicateur précoce de consommation chronique excessive.
VGM	30-40%	90%	Un VGM élevé persiste plusieurs mois après le sevrage.
CDT	75%	92%	Presque spécifique du métabolisme de l'alcool, très coûteux.
Transaminases	56%	?	Plus utiles pour les hépatopathies

FIGURE 11 : TABLEAU COMPARATIF DES DIFFERENTS BIOMARQUEURS DE L'ALCOOL

d. Questionnaires de repérage

Ces outils permettent de repérer précocement l'existence d'un mésusage, mais ils ne sont pertinents qu'en association avec les étapes détaillées ci-dessus. Leur utilisation est limitée par la sous- ou sur-déclaration intentionnelle et par les troubles cognitifs. Ces questionnaires requièrent du médecin de l'organisation et une certaine connaissance dans le domaine. Développés depuis plusieurs dizaines d'années, de nombreuses études ont validé leur pertinence clinique et leur faisabilité en pratique quotidienne.

Une étude menée en 2019 chez des médecins généralistes en Rhône Alpes montrait cependant que les questionnaires de repérage étaient mal connus des médecins : seulement la moitié des médecins interrogés connaissaient au moins 1 des outils étudiés et environ 30% utilisaient un des questionnaires dans leur pratique. (59) Aux États-Unis, une étude observationnelle sur le repérage de l'alcoolisme en consultation de médecine générale en tire la même conclusion : les médecins généralistes posent pour la plupart (plus des trois quarts) la question de la consommation d'alcool, mais seule une petite minorité utilise un questionnaire, le CAGE en l'occurrence, pour approfondir le sujet. (60) Une étude néozélandaise a montré que seulement la moitié des médecins interrogés utilisaient un questionnaire de dépistage même s'ils suspectaient un mésusage d'alcool. (61)

Avant d'utiliser un des différents questionnaires existants, il est recommandé d'expliquer au patient le sujet des différentes questions, dans quel but elles sont posées, et la nécessité d'être le plus honnête possible. La WHO a donné des exemples de phrases d'accroche pour introduire un questionnaire de repérage : « Je vais vous poser des questions sur votre consommation d'alcool sur la dernière année écoulée. L'alcool peut avoir des conséquences sur beaucoup de domaines dans la santé et peut interférer avec certains médicaments, c'est donc très important de savoir combien d'alcool vous buvez habituellement. Essayez d'être le plus honnête et précis possible. » (62) Si cela n'a pas été fait précédemment, il faut faire un rappel au patient sur la définition du verre standard.

➔ **AUDIT** (« Alcohol use disorders identification test », *annexe 3*) : questionnaire qui se compose de 10 questions, portant sur la quantité/fréquence de consommation d'alcool, sur les conséquences possibles de cette consommation sur les 12 derniers mois, et sur le

sexe. Il peut s'utiliser en tant qu'auto-questionnaire à remettre au patient ou en tant que questions à poser au patient par le médecin. Recommandé et développé par l'OMS dans les années 80, il est le plus sensible pour repérer les consommations à risques et la dépendance (et pour les discriminer (63)), il est aussi efficace chez les hommes que chez les femmes qu'importe leur ethnie (64), et a été développé en utilisant des données internationales, ce qui lui confère une bonne validité externe. (65) (66) Il a été validé dans de nombreuses langues dont le français et semble plus efficace que le DETA pour détecter un mésusage. (67)

L'AUDIT-C (*annexe 4*) est sa version courte, qui se compose des 3 premières questions et se réfère également sur l'année écoulée. Ce test a déjà prouvé son efficacité pour repérer les consommateurs excessifs et l'alcoolodépendance depuis plusieurs dizaines d'années : il semble aussi performant que l'AUDIT complet. (68)(69)

➔ **DETA** (pour Diminuer – Entourage – Trop – Alcool, **CAGE** pour la version anglaise, *annexe 5*) : auto-questionnaire se composant de 4 questions (oui/non) qui portent sur le versant problématique de la consommation d'alcool, sans question sur la quantité/fréquence. Il est très rapide, et facilement mémorisable par le médecin. (70) A partir de 2 réponses positives, le test est prédictif d'une consommation d'alcool problématique. Il possède une sensibilité de 60 à 95% et une spécificité de 50 à 95%. Il est plus performant chez les hommes que chez les femmes. (71) Ce test semblerait cependant moins intéressant pour repérer les personnes présentant une consommation à risque sans dépendance : il ne repère que les consommateurs « en haut de la pyramide ». (72)

Selon une étude belge comparant la performance des tests AUDIT, AUDIT-C et CAGE, le questionnaire CAGE est celui qui possède la plus faible sensibilité pour une spécificité identique. (69) Ces résultats sont identiques dans une étude américaine portant sur 3000 patients : la sensibilité du CAGE est significativement moins importante que celle du test AUDIT, même dans des analyses en sous-groupes selon l'ethnie et le sexe. (64)

➔ **FACE** (« Formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien », *annexe 6*) : dérivé des questionnaires DETA et AUDIT, il se compose de 5 questions portant sur la quantité/fréquence ainsi que sur les conséquences possibles de la consommation, et permet de classer les patients en trois catégories (risque faible ou nul, consommation

excessive probable, dépendance probable). Dans une étude Bordelaise portant sur la faisabilité du repérage en médecine de ville, 79% des médecins généralistes estiment que le FACE est adapté à tous les publics. (73) L'étude REPEX, comparant l'utilisation de trois méthodes de repérage des buveurs excessifs (questionnaire AUDIT, questionnaire de santé et questionnaire FACE) chez les médecins généralistes francophones, a montré que le questionnaire FACE était le plus apprécié chez les médecins généralistes car le plus faisable en routine. (39) Ce questionnaire est celui proposé par l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie dans le cadre du programme « Boire moins c'est mieux ». (43)

Le Dr Rolland, addictologue au CHRU de Lille, propose dans son article un algorithme d'évaluation de consommation d'alcool facile à appliquer au quotidien : commencer par un AUDIT-C, puis s'il est > 5, de réaliser un AUDIT complet pour différencier un usage à risque dont la prise en charge n'est pas forcément spécialisée, d'un TUA dont la prise en charge devient plus complexe et peut être relayée par un spécialiste. (74) Dans certains pays, les patients peuvent remplir le questionnaire AUDIT dans la salle d'attente, et ainsi gagner du temps en consultation.

Il existe d'autres tests pour évaluer et repérer une consommation d'alcool problématique, mais ne sont pas utilisés en France et donc ne sont développés dans cette partie (MAST, SAAST, FAST, Family CAGE, etc.)

e. L'intervention brève

L'intervention brève en alcoologie est intimement liée au repérage d'une consommation à risque : dès lors que le médecin dépiste un mésusage de l'alcool, il est recommandé de dispenser au patient un conseil minimal afin de le placer au centre d'un potentiel changement de comportement. (75). La promotion du RPIB auprès des médecins de villes est l'un des objectifs du « plan alcool » 2002-2004 de la DGS, et s'inscrit dans le cadre des objectifs de l'OMS. Véritable technique thérapeutique basée sur les thérapies cognitives et comportementales, l'intervention brève se compose de plusieurs étapes bien précises (76)(72) :

- Restituer le test de repérage utilisé : le score indique une consommation à risque, proposer au patient d'en discuter.

- Expliquer le risque de l'alcool : au-delà de certains seuils, la consommation d'alcool entraîne des risques pour la santé, comme le cholestérol ou la tension.
- Expliquer ce qu'est un verre standard : à l'aide d'un support visuel, expliquer qu'une bière à 4° ou qu'un verre de vin, c'est la même quantité d'alcool, et qu'il n'y a pas d'alcool moins dangereux qu'un autre.
- Rechercher la motivation personnelle pour le changement : demander au patient quels bénéfices il pourrait tirer d'une réduction de sa consommation.
- Expliquer les méthodes utilisables pour réduire sa consommation : réduire le nombre de jour avec alcool, ou le nombre de verre par occasion.
- Renforcer la motivation et s'assurer de l'adhésion du patient.
- Proposer des objectifs réalisables et laisser le choix : par exemple en dessous du seuil à risque (2 ou 3 verres par jour).
- Proposer une autre consultation ou rencontre : idéalement dans un délai de 6 à 8 semaines, pour que le patient ait une échéance pour son objectif.
- Remettre un livret documentaire.

L'intérêt de l'intervention brève a été confirmé par de nombreuses études à l'international, et il n'a pas été démontré qu'une intervention plus longue était plus efficace. Une étude internationale comparant l'efficacité de 3 méthodes d'intervention brève (une très brève de 5 minutes, une de 20 minutes structurée selon un plan précis, et une dernière de 20 minutes avec 2 autres sessions dans les mois suivants) a montré que l'intervention de 5 minutes était aussi efficace que celle de 20 minutes sur la réduction de la quantité d'alcool consommée. (77) En revanche, des interventions brèves répétées seraient plus efficace qu'une intervention brève unique sur les alcoolisations ponctuelles et sur la diminution de la consommation déclarée d'alcool. (78)

Ces résultats corroborent ceux d'une vaste étude menée par Kaner et al. (79), qui ont comparé l'efficacité d'un bref conseil de 5 minutes et d'une intervention plus longue de 20 minutes par rapport à la simple restitution des résultats du questionnaire de repérage. Le critère de jugement principal était la réduction du score AUDIT en dessous de 8 à six mois de l'intervention. Aucune différence significative n'a été prouvée, l'explication retenue depuis étant que le repérage et la restitution du test au patient permettait à eux seuls une réduction de 15-20% de la consommation d'alcool après la consultation. (80)

La conclusion est la même dans une étude anglaise portant sur 200 patients : une intervention brève de 5 minutes est aussi efficace sur la réduction de la consommation d'alcool (le critère étant la quantité-fréquence) que deux sessions longues de 30 minutes. (81)

Dans notre pays, une étude réalisée en Savoie a conclu que l'intervention brève permettait à un an la diminution de la CDA de 20 à 15 verres par jour ainsi que le retour à un usage simple de l'alcool pour 30% des patients ayant un mésusage de l'alcool l'année précédente. (82) Plusieurs méta-analyses ont montré que le RPIB permettait une réduction de la mortalité liée à l'alcool, sans diminution de la mortalité totale ou sur la morbidité. (83) (43)

Pour finir, les études publiées sur le sujet ne montrent pas que l'intervention brève gêne les patients ou crée un sentiment de mécontentement.

Anderson et al. ont proposé un tableau de synthèse des réponses aux questionnaires de repérage et du rôle du médecin généraliste en fonction du niveau de risque du patient (20) :

Adaptation du tableau précédent pour la France. Source : Institut de promotion de la prévention secondaire en addictologie, 2007.				
Niveau de risque	Critères		Intervention	Rôle du médecin généraliste
Faible risque	Consommation d'alcool (grammes/semaine)	< 210 g/sem hommes < 140 g/sem femmes*	Prévention primaire	Éducation pour la santé, renforcement
	Questionnaire Audit	< 7 hommes < 6 femmes		
	Questionnaire Face**	< 5 hommes < 4 femmes		
À risque	Consommation d'alcool (grammes/semaine)	≥ 210 g/sem hommes ≥ 140 g/sem femmes*	Conseils	Repérage, évaluation, intervention brève
	Questionnaire Audit	7-12 hommes 6-12 femmes		
	Questionnaire Face**	5-8 hommes 4-8 femmes		
À problèmes	Présence d'un ou plusieurs dommages		Conseils, intervention brève et surveillance régulière	Repérage, évaluation, intervention brève, suivi
Alcoolodépendance	Critères CIM-10 ou DSM IV		Traitement spécialisé	Repérage, évaluation, orientation, suivi
	Questionnaire Audit	≥ 13		
	Questionnaire Face**	≥ 9		

* Toute consommation chez la femme enceinte, l'adolescent de moins de 16 ans ou chez la personne souffrant d'une pathologie ou suivant un traitement est déconseillée.

** Le questionnaire Face (« formule pour apprécier la consommation par entretien ») a été établi et validé en français pour repérer les consommations excessives d'alcool. Voir Arfaoui S., Dewost AV., Demortière G., Abesdris J., Abramovici F., Michaud P. Repérage précoce du risque alcool : savoir faire « FACE ». Rev prat (Med gen) 2004 ; 641 : 201-205.

FIGURE 12 : INTERVENTION ET ROLE DU MEDECIN GENERALISTE EN FONCTION DES NIVEAUX DE RISQUE A ADAPTER EN FONCTION DES EVALUATIONS ET DES RECOMMANDATIONS.

B. DIFFICULTES RENCONTREES

La majorité des médecins généralistes savent que la consommation d'alcool est une vraie problématique de médecine générale. Nous avons vu précédemment que le repérage et la prise en charge des patients ayant un mésusage de l'alcool est insuffisante, en tout cas à l'échelle des bénéfices que pourrait apporter un dépistage plus fréquent dans chaque patientèle. L'investissement des médecins de ville en matière d'alcool se heurte surtout au manque de connaissance et aux freins ressentis en consultation. Les différents obstacles à la prise en charge des patients avec un trouble de l'usage d'alcool retrouvés dans littérature ont été catégorisés ci-dessous :

- Manque de connaissance : beaucoup de médecins considèrent qu'ils n'ont pas été formés à la prise en charge de patients éthyliques chroniques au stade précoce durant leur formation. Ils savent comment réagir face à un délirium tremens ou à une cirrhose, mais ne connaissent pas parfaitement les seuils de consommation à risque. (84) Les nombreux termes, seuils et définitions en alcoologie peuvent porter à confusion. (85) On remarque que les médecins ayant reçu une formation en alcoologie, qu'elle soit ancienne ou récente, assurent une prise en charge significativement plus importante que les médecins non formés. (86) 93% des médecins participant à une vaste enquête en 2006 souhaiteraient améliorer leur formation en alcoologie, centrée particulièrement sur le suivi et l'accompagnement des patients. (87) Les médecins interrogés dans l'étude d'Abidi et al ont validé plusieurs pistes pour y parvenir : des supports d'aide comme des sites web, des formations en e-learning, des entraînements pour le suivi au long cours, et des formations reprenant des exemples concrets de repérage précoce intervention brève. (88)
- Rôle des représentations et de la propre consommation du médecin : Les représentations de l'alcool par le médecin sont variées : de la consommation admise, banalisée, à la consommation problématique et parfois jugée. 70% des médecins interrogés lors d'une étude menée chez 85 médecins généralistes de toute la France estimaient que leurs représentations liées à l'alcool influençaient la prise en charge ultérieure des patients. Une étude suédoise a quant à elle démontré que la consommation excessive d'alcool par le médecin rendrait plus difficile l'abord du problème avec ses patients. (89)

- Manque de motivation : Les médecins généralistes peuvent parfois avoir de mauvais à priori sur le traitement de l'addiction à l'alcool et aux autres drogues et ne pas trouver leur prise en charge gratifiante. (70) Une méta-analyse réalisée en 2003 a conclu que sur 1000 patients ayant bénéficié d'un repérage précoce et d'un conseil ou d'une intervention brève, seulement 3 patients en tireront un réel bénéfice. Ce taux de « réussite » si peu élevé peut décourager et démotiver la plupart des médecins. (90). Après leur avoir dispensé des conseils sur leur consommation d'alcool, les patients sont rarement revus en consultation de suivi, il est donc difficile d'observer les conséquences bénéfiques de cette intervention. A l'inverse, les médecins revoient plus souvent les patients à l'occasion d'une rechute ou d'une complication aiguë. (84) La rechute faisant partie intégrante du sevrage d'alcool, cela peut être source de démotivation, car vécu comme un échec par le médecin.
- Manque de mesures incitatives : 83% des médecins généralistes interrogés lors de l'étude de Bouix et al. déplorent l'absence de compensation financière pour le temps consacré à la consultation. Encourager le repérage et l'intervention brève à travers une valorisation financière serait efficace selon une étude anglaise menée sur une centaine de médecins généralistes. (91) Les médecins étudiés par l'équipe de Hansen et al. en arrivent à la même conclusion : la moitié pensent que des mesures incitatives financières sont nécessaires. (92)
- Incertitude par rapport au rôle professionnel : peu de médecins pensent que le repérage d'une consommation à risque n'est pas leur rôle, mais beaucoup sous-estiment de l'effet du conseil donné au patient. Plusieurs enquêtes belges et françaises ont rapporté que les médecins ne réalisaient pas que le conseil et l'intervention brève pouvaient avoir un réel impact sur la consommation d'alcool de leurs patients, pensant qu'une telle intervention n'aurait un effet bénéfique que sur ceux déjà motivés à modifier leur consommation d'alcool. (93) (43) (94) Cette incertitude quant à l'efficacité de l'intervention brève est également décrite dans une étude écossaise, où la moitié des participants pensent être inefficace dans la réduction de la consommation de leurs patients. (95)

- Sujet sensible et difficile à aborder : Selon l'enquête de Bouix et al, les trois quarts des médecins généralistes se sentent mal à l'aise de parler d'alcool avec leurs patients. (96) La consommation d'alcool relevant pour certains de l'espace privé et de la liberté de comportement de chaque personne, il est difficile de déterminer la limite entre la vie privée et la santé. (84) Le fait que la consommation abusive d'alcool soit perçue comme une « honte » aux yeux de la société actuelle rend le problème difficile à aborder avec le patient. Le patient pourrait trouver son médecin moralisateur, et la relation médecin-patient qui est censée être sur un pied d'égalité tendrait vers le paternalisme. (97) (98) Certains soignants craindraient aussi la réaction de leurs patients. Il faut trouver le moment opportun pour débiter un dialogue autour de cette problématique, ce qui constitue un réel obstacle au repérage et à la prise en charge des patients.
- Manque de temps : Le mésusage d'alcool faisant souvent partie d'une situation plus complexe, les 15 minutes (en moyenne) allouées à une consultation en médecine générale sont trop courtes pour s'engager sur ce sujet. Dans l'étude de Wilson et al, 63% des médecins interrogés estimaient qu'ils étaient trop occupés avec les problèmes de santé actuels de leurs patients pour intervenir dans leur consommation d'alcool. (99) Dans l'étude norvégienne de Nygaard et al., les généralistes ne se voient pas utiliser de questionnaire de repérage systématiquement sur leur patientèle à cause d'un manque de temps et d'une question de logistique. (97) Plusieurs enquêtes confirment que les médecins se montrent réticents à dépister un mésusage d'alcool car la consultation est trop courte et qu'ils n'auraient pas le temps de les prendre en charge par la suite (ayant déjà un planning rempli plusieurs jours à l'avance). (98) 60% des médecins participant à une étude hollandaise ont répondu que l'AUDIT était trop long à faire s'ils devaient le donner à tous leurs patients. (92)
- Manque de collaboration avec les structures spécialisées : la plupart des médecins généralistes se sentent capables de prendre en charge un sevrage éthylique, mais pas seuls. Leur recours à des structures spécialisées ou des alcoologues libéraux est faible. (87) Ce manque de collaboration est lié à deux facteurs : la méconnaissance du réseau et la difficulté de communication.

Une étude menée en région parisienne se positionne à l'encontre de ces résultats avec 86% des médecins qui adressaient leurs patients à une structure spécialisée, mais de nombreux biais pourraient expliquer cette discordance. (100)

IV. Discussion

A. Résultats principaux

Le rôle du médecin généraliste dans le repérage et la prise en charge des patients avec un TUA est central : en tant que premier interlocuteur dans le réseau de soins, il est le plus à même de dépister une consommation excessive chez ses patients, et de leur proposer une prise en charge adaptée. Les patients estiment que leur médecin doit leur poser la question de l'alcool et ne se sentent pas gênés d'en parler pour la grande majorité.

Plusieurs outils sont à la disposition du médecin généraliste pour l'aider au repérage des buveurs excessifs : marqueurs biologiques, questionnaires de repérage, en complément d'un interrogatoire et d'un examen clinique bien menés.

Presque indissociable du dépistage, l'intervention brève constitue la première étape de la thérapie. Il est indispensable de dispenser au moins un conseil minimal au patient présentant une consommation à risque, une intervention longue ne montrant pas de différence sur la réduction de la consommation selon la littérature.

Cependant, la prise en charge des patients éthyliques chroniques est encore difficile à mettre en place dans la pratique quotidienne, se heurtant à plusieurs obstacles : aspect chronophage, connaissances insuffisantes, manque de mesures incitatives financières, gêne à parler de ce sujet, incertitude quant à l'efficacité d'une intervention, difficultés à joindre le réseau spécialisé.

B. Limites méthodologiques

Pour ce travail, j'ai basé ma recherche sur deux bases de données (Pubmed et Lissa). En utilisant d'autres bases de données bibliographiques, un plus grand nombre d'articles aurait été analysé.

Les critères d'inclusion (articles disponibles en ligne, en français ou en anglais) ont également limité le nombre d'articles analysés et peuvent être source de biais. Les mots clés utilisés pour les différents patterns de recherche (*screening, alcohol dependence, general practice, repérage, alcool, médecine générale*) sont les plus adéquats pour répondre à l'objectif de cette thèse mais ne sont pas exhaustifs. De plus, les termes utilisés en alcoologie, en français comme en anglais (usage simple, mésusage, usage à risque, usage excessif, dépendance, misuse, alcohol abuse, hazardous drinking, heavy drinkers, etc.) sont très nombreux et donc compliqués à inclure dans une seule recherche. Des biais de sélection peuvent être présents à cause de ces différents points.

J'ai choisi d'exclure de ma recherche les articles portant sur une population spécifique (femmes enceintes, adolescents, personnes âgées) ou sur un lieu d'exercice particulier (urgences, service hospitalier, médecine du travail) ainsi que de ceux traitant des co-addictions, afin d'être la plus proche de la population générale rencontrée en médecine générale.

Il peut exister un biais de confirmation lors de la lecture des articles.

Enfin, il existe un biais de publication.

C. Analyse détaillée

Sur 55 articles inclus, seuls 34 sont des études statistiques, le reste étant pour la plupart des articles de revue ou de périodique. Après gradation des études selon leur niveau de preuve, seules 3 ont un niveau de preuve à 1 (preuve scientifique établie), une large majorité des études ayant un niveau de preuve à 3 ou 4 (faible niveau de preuve scientifique).

1. Repérage

Les chiffres retrouvés dans les différentes études sont concordants en ce qui concerne l'abord de la question alcool en consultation de médecine générale. L'étude basée sur l'enquête « Baromètre médecins généralistes » semble la plus puissante car portant sur un large échantillon de médecins et ses résultats sont superposables à ceux retrouvés dans les autres travaux de moindre envergure.

Aucune étude n'a comparé les deux modes d'approche de la question alcool (systématique ou opportuniste), la HAS recommande de dépister une consommation à risque au moins une fois par an « si possible », à tout moment opportun ou en cas de situation à risque. (101)

Des travaux récents mettent en évidence l'efficacité de questions simples (« Quand avez-vous bu plus que x verres dans une journée ? » « Combien de fois, l'année passée, avez-vous bu plus de x verres dans une journée ? »), plus rapides et faciles à poser que la CDA ou que des questionnaires de dépistages. Cependant, la question simple n'a pas été validée dans d'autres langages que l'anglais. Il serait intéressant d'évaluer en France l'efficacité d'une question simple pour faciliter le repérage des consommations à risque en médecine générale.

Les marqueurs biologiques et les signes cliniques orientant vers une consommation d'alcool problématique manquent de spécificité et ne doivent pas être utilisés seuls.

Les questionnaires de dépistage ont une très bonne sensibilité mais sont peu utilisés en pratique. En 2009, Beck et collègues montrent dans leur étude qu'environ 13% des médecins utilisent les questionnaires de repérage (37), l'étude menée en Rhône Alpes en 2019 (59) retrouve quant à elle une utilisation des questionnaires par 29% des médecins (+ 13%), différence qui peut s'expliquer, au-delà du développement des pratiques de repérage, par un biais de désirabilité sociale et par une taille moindre de l'échantillon.

Selon les études incluses, le questionnaire AUDIT semble être le plus performant pour détecter les patients avec un trouble de l'usage de l'alcool. Cependant, en médecine générale, il est parfois difficile d'avoir le temps et les ressources nécessaires pour proposer un questionnaire aussi long que l'AUDIT en consultation de routine. En France, la HAS recommande l'utilisation du questionnaire FACE, plus rapide et moins complexe à utiliser, à la suite de l'étude REPEX qui a permis d'en mesurer l'acceptabilité. (39) Ce questionnaire présente une meilleure sensibilité que l'AUDIT et une spécificité légèrement moins bonne, mais sa faisabilité est bien meilleure. (102)

De nombreuses études se sont intéressées à l'intervention brève, notamment à sa durée : toutes confirment qu'une intervention de quelques minutes possède la même efficacité qu'une intervention plus longue, avec des critères d'efficacité différents qui permettent de renforcer cette hypothèse : nombre d'alcoolisation ponctuelles, diminution de la CDA, consommation d'alcool en quantité-fréquence. Seul le critère de réduction du score AUDIT n'a pas été validé dans l'étude de Kaner et al. (79), mais trois hypothèses peuvent expliquer cette absence

de résultats : le simple fait d'effectuer le test AUDIT et d'en resituer les résultats permettent une réduction de la consommation d'alcool ; les limites méthodologiques de l'étude (les médecins du bras « aucune intervention » pourraient donner quelques conseils aux patients) ; pour terminer, aucune des trois interventions n'est efficace. Les chercheurs optent pour la première hypothèse, ce qui conforte l'idée qu'il faut renforcer le repérage de la consommation d'alcool dans la population générale.

2. Difficultés rencontrées

Les travaux portant sur les freins ressentis par les médecins généralistes à la prise en charge des patients éthyliques chroniques sont nombreux, et mettent en lumière les mêmes difficultés. Ce sont pour la grande majorité des études qualitatives interrogeant directement les médecins par des questions ouvertes ou des questionnaires semi-structurés, exceptées certaines qui sont des études transversales avec questionnaire anonymisé. (87) (96)

Le manque de connaissance dans le domaine est un des problèmes majeurs cité dans la plupart des études incluses : malgré une formation générale lors de l'internat, les médecins généralistes sont demandeurs de formations complémentaires. Le travail de Galois et collègues (87) porte sur un échantillon de 2500 médecins qui ont répondu à un questionnaire anonyme, ce qui rend leurs résultats significatifs même en considérant le biais de recrutement. Leurs chiffres sont confirmés par la littérature : lors d'une enquête en 2013 sur 205 médecins (généralistes et spécialistes), l'IPSOS a révélé que 76% des médecins interrogés souhaitaient une formation complémentaire en addictologie. (103) Dans notre région, le travail de thèse de Julien Denais a permis de souligner ce même obstacle : 85% des médecins interrogés estimaient qu'ils avaient une carence en formation sur le sujet. (104) Les solutions avancées par cette étude sont sensiblement les mêmes que celles évoquées par l'étude d'Abidi et al. (88), même si elle portait sur des médecins néerlandais : logiciel d'aide à la décision médical, formation en e-learning (DPC en France), formations spécialisées lors de journées organisées par des centres spécialisés. Actuellement, seul le site internet gouvernemental alcool-info-service.fr propose des services comme une évaluation de la consommation, des fiches informatives sur les risques liés à l'alcool, des actualités sur le sujet.

Les études incluses sont également concordantes sur l'obstacle « sujet sensible et difficile à aborder », dont plusieurs avec un bon niveau de preuve : l'enquête de Bouix et al. (41) (questionnaire envoyé à 200 médecins généralistes tirés au hasard) retrouve une majorité

de médecins réfractaires à aborder le sujet avec leurs patients, tout comme la revue de littérature de Johnson et al. (85)

Les raisons à ce ressenti sont diverses : sujet relevant de la sphère privée, crainte de dégrader la relation médecin-malade (raison qui est réfutée dans l'étude finlandaise de Aira et al. (84)) appréhension de la réaction et de la violence de certains patients.

De même, le manque de temps en consultation et le manque de mesures incitatives sont des freins cités dans la quasi-totalité des travaux étudiés. L'utilisation d'outils de repérage comme le questionnaire FACE est à valoriser : diffusion par des voies officiels (CNOM, CPTS, ARS), cotation particulière pour la réalisation du questionnaire.

La difficulté d'accès au réseau spécialisé, du fait du délai pour obtenir un rendez-vous ou par la méconnaissance du réseau local, divise : les médecins s'accordent pour dire qu'ils ont tendance à prendre en charge leurs patients en ville car ils se heurtent à cet obstacle (89) (87). Le travail de thèse réalisé dans notre région (104) soulève également ce problème avec 76% des répondants qui déploraient un manque de connaissance du réseau d'addictologie. Cependant, l'étude menée au nord de Paris (100) concluait que 86% des médecins avaient une structure addictologique d'aval identifiée. Cette discordance peut s'expliquer par un biais de sélection dans cette étude, les médecins sensibilisés ayant plus tendance à répondre au questionnaire, et par la densité du territoire étudié en structures de santé. Les auteurs signalent également que la fréquence des liens entre médecins et structures spécialisées n'est pas étudiée dans leur travail.

PARTIE 2 : Création d'un outil numérique d'aide au repérage et à l'orientation dans le système de soin

Le manque de temps et la méconnaissance du réseau de soins en addictologie sont deux difficultés importantes ressenties par les médecins généralistes lors d'une consultation avec un patient présentant un TUA. J'y ai été particulièrement confrontée lors de mon stage en service d'addictologie : les patients rapportaient souvent qu'ils avaient trouvé le service en se renseignant sur internet par eux-mêmes, ou que leur entourage leur en avait parlé.

Dans ce contexte, la création d'un outil numérique simple, s'inscrivant dans le mouvement des sites internet à destination des médecins généralistes (antibiocllic, diabétoclic, gestacllic, ophtalmoclic, etc.) semble intéressante pour tenter de répondre à ces problématiques. La création de notre outil est directement en relation avec les résultats de la revue de littérature de la première partie de ce travail et permet de répondre à deux des problématiques ressenties par les médecins généralistes.

I. NOM

La première idée qui a émergé pour le nom de notre site internet a été « Alcoofil », pour rappeler le thème du suivi médical, d'un fil rouge. Mais dans un second temps, nous avons préféré opter pour « Alcooclic », qui fait référence aux noms des outils d'aide à la décision médicale déjà existants, et qui est par conséquent plus facile à retenir.

II. CAHIER DES CHARGES

- Objectif de la création du site : Aider les médecins généralistes à repérer un mésusage d'alcool grâce à un questionnaire validé et permettre de les orienter facilement chez un spécialiste ou une structure addictologique des Bouches du Rhône en les référant et en permettant une recherche par zone géographique.
- Caractéristiques des services : Une partie du site sera dédiée au repérage via un questionnaire validé. Une seconde partie sera dédiée à l'adressage chez le spécialiste avec

un moteur de recherche par ville/géolocalisation dans les Bouches du Rhône. Une troisième partie, annexe, permettra d'accéder à des fiches de rappel.

- Cible : les médecins généralistes des Bouches du Rhône, utilisant un ordinateur en consultation et ayant accès à internet.
- Contenu et caractéristiques de l'outil :
 - *Contenu et rendu visuel* : couleurs douces/sobres, design moderne mais simple, police Helvetica Neue, schémas/photos dans la partie « rappels ».
 - *Support* : site web, également visualisable facilement sur smartphone.
- Maquettes et arborescence : j'ai utilisé le logiciel Adobe.xd afin de réaliser les maquettes et l'arborescence des différentes pages du site. (*Annexe 7*)
- Hébergement et nom de domaine: le nom de domaine alcooclic.fr étant déjà utilisé (site internet inexistant mais le nom de domaine non disponible), j'ai opté pour **alcooclic.net**. L'hébergement de notre site se fera sur ionos.fr.

III. PARTIE DEPISTAGE

Nous avons vu précédemment que de nombreux questionnaires de dépistage existent pour aider au repérage des patients présentant un mésusage de l'alcool. Le questionnaire FACE a été retenu pour notre outil, car c'est le plus faisable en routine et le plus apprécié des médecins généralistes (39) et c'est le questionnaire recommandé par la HAS dans ses dernières guidelines.

Le questionnaire AUDIT étant le plus sensible et le plus spécifique, en plus d'être le plus connu parmi les médecins, j'ai décidé de l'inclure également dans notre site, mais de manière secondaire : les médecins peuvent y avoir accès s'ils souhaitent différencier un usage à risque, d'un usage nocif ou d'une dépendance.

IV. PARTIE ORIENTATION

Les structures présentes dans cette partie sont toutes les structures addictologiques ambulatoires ou hospitalières prenant en charge les troubles d'usage de l'alcool du département des Bouches-du-Rhône. Nous nous sommes aidés de la base de données du Dicadd13, en éliminant les structures purement psychiatriques ou qui concernent seulement les autres drogues (par exemple les CAARUD). Les structures ambulatoires de prise en charge psychologique ont été également incluses (comme les CMP), car elles peuvent être une aide pour les médecins généralistes qui souhaiteraient effectuer un sevrage en ambulatoire. Nous y avons également inclus les groupes d'entraide et associations.

Les addictologues libéraux (psychiatres ou médecins généralistes) ont également été ajoutés dans notre base de données. Pour ce faire, j'ai réalisé une recherche via doctolib en cherchant « addictologue » dans les Bouches-du-Rhône, et tous les médecins généralistes ou psychiatres ayant un diplôme en addictologie ou précisant dans leur description qu'ils pratiquent l'addictologie ont été inclus. Les psychiatres généraux, bien que compétents pour l'addictologie, n'ont pas été inclus, car le but de notre outil est d'avoir un accès à tous les spécialistes centrés sur l'addictologie.

Notre outil permet une recherche :

- par lieu : en tapant une adresse ou une ville dans une barre de recherche
- ou par géolocalisation

V. PARTIE FICHES DE RAPPEL

C'est au cours de l'écriture de mon travail que j'ai décidé d'ajouter une partie contenant des rappels concernant l'alcoologie, car les nombreux termes et concepts peuvent ne pas être clairs pour les médecins de ville. Ainsi, dans cette dernière partie, les médecins pourront retrouver des schémas et des définitions permettant une meilleure prise en charge du patient :

- Pyramide de Skinner (*annexe 2*)
- Définition du verre standard en image (*annexe 1*) et seuils recommandés de consommation
- Définitions des structures addictologiques ambulatoires (*annexe 8*)
- Signes cliniques devant alerter sur consommation chronique (*annexe 9*)

- Examens paracliniques (*annexe 10*)
- Intervention brève et conseils (101) (*annexe 11*)

VI. CREATION DU SITE

Pour cette partie, j'ai été aidée de mon frère, ingénieur spécialisé en systèmes d'informations. Il a créé le site internet avec Visual Studio Code, en utilisant le langage flutter.

Le service Google My Maps a été utilisé pour créer la carte interactive avec les différentes structures addictologiques.

J'ai réalisé les éléments graphiques du site web et le logo avec Photoshop.

VII. UTILISATION

Dans un premier temps, le médecin généraliste arrive sur la page d'accueil qui présente 3 options : « repérer », « orienter » et « fiches de rappels ».



En cliquant sur « repérer », il a accès au questionnaire FACE qu'il peut remplir avec le patient en consultation, en cliquant sur les réponses à choix unique de chacune des questions. Une fois le questionnaire rempli, un score est calculé. L'interprétation de chaque score est disponible en dessous. S'il veut approfondir son évaluation, il peut cliquer sur le bouton « le questionnaire AUDIT complet » et aura accès à une autre page avec le questionnaire AUDIT sous forme de questions à réponse unique. Sinon, le médecin peut cliquer sur un bouton « Trouver les

structures de soins spécialisées en addictologie autour de vous » pour accéder à la partie « orienter ».

Alcoolic Accueil Repérer Orienter Fiches

Questionnaire FACE

1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

Jamais Une fois par mois ou moins 2 à 4 fois par mois 2 à 3 fois par semaine 4 fois ou plus par semaine

2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

1 ou 2 3 ou 4 5 ou 6 7 à 9 10 ou plus

3. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?

Non Oui

4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

Non Oui

5. Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?

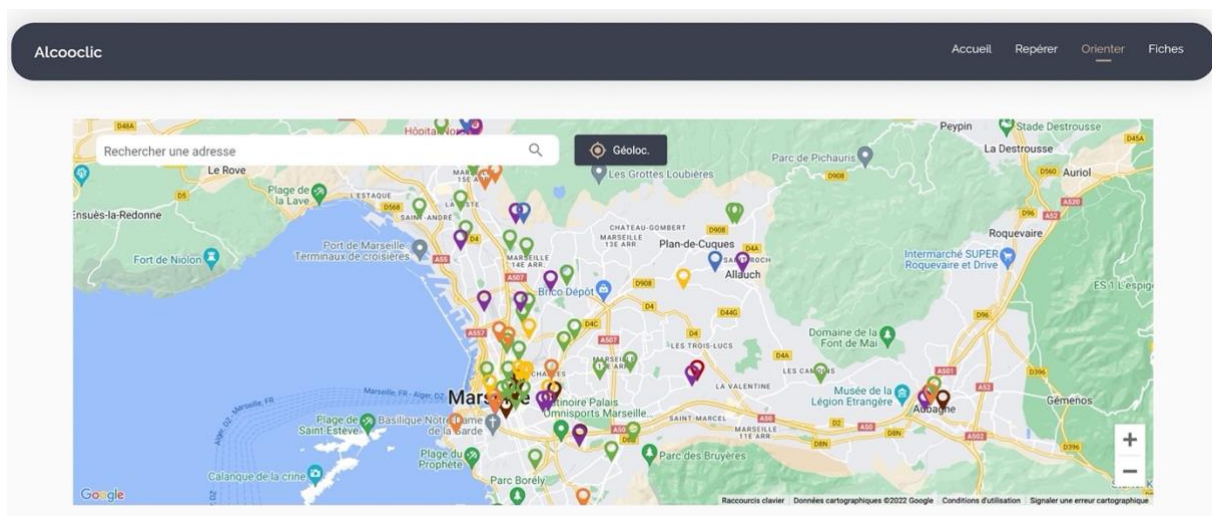
Non Oui

Score du patient : 11 ← Le score du patient est automatiquement calculé

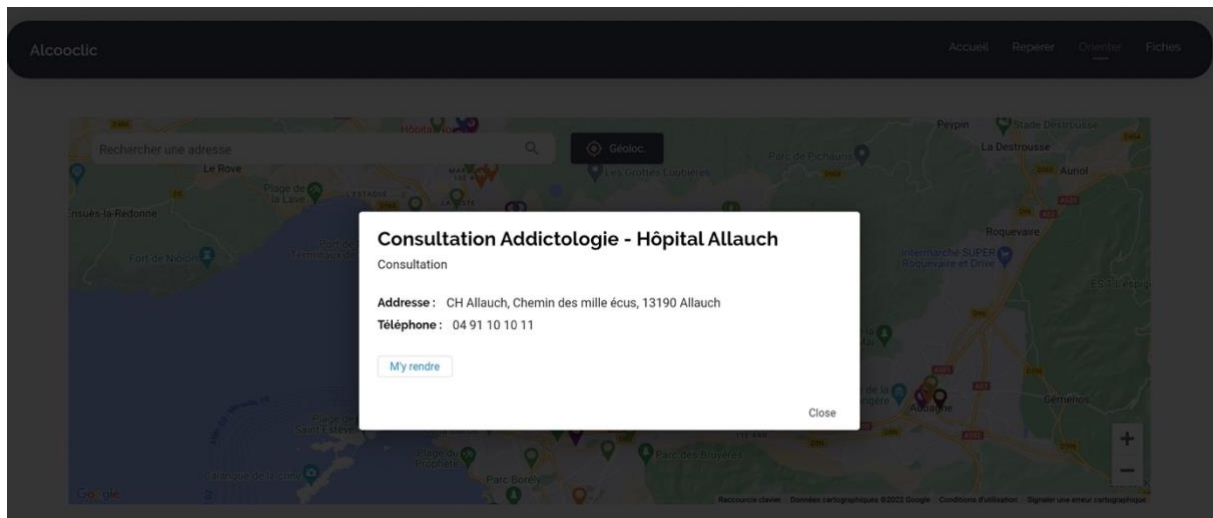
Un score >4 chez la femme et >5 chez l'homme doit faire suspecter un mésusage.
Un score >9 dans les deux sexes doit faire évoquer une dépendance.
En cas de suspicion de mésusage, le questionnaire AUDIT complet permet de différencier usage à risque et usage nocif voir dépendance.

Accès à l'AUDIT si besoin → Trouver les structures de soins spécialisées en addictologie autour de vous ← Accès à la partie « orientation »

Dans cette partie, une carte Google s'ouvre avec toutes les structures ambulatoires de prise en charge addictologique du territoire. Le médecin peut alors taper son adresse dans la barre de recherche, ou choisir de se géolocaliser.



Une fois que le lieu choisi est tapé dans la barre de recherche, toutes les structures dans un certain périmètre sont affichées sur la carte. Le médecin a alors accès à leur adresse et leur numéro de téléphone.



À tout moment, le médecin peut accéder à la partie « fiches de rappel », en cliquant sur le bouton présent sur le bandeau sur la partie supérieure de l'écran. Il peut également revenir à l'accueil ou au questionnaire FACE.



VIII. POINTS FORTS

Notre outil répond à deux problématiques avancées à plusieurs reprises par les médecins généralistes dans leur prise en charge des patients éthyliques chroniques. Plus particulièrement

en PACA, l'étude menée en 2021 a démontré que plus d'un tiers des médecins interrogés ne savaient pas à qui orienter leurs patients pour un sevrage (104). La création d'un outil d'aide à la décision médicale était la piste proposée la plus plébiscitée par les médecins avec 38% d'avis favorables.

Un des points forts de notre outil est sa rapidité d'utilisation : moins de 2 minutes sont nécessaires afin de remplir le questionnaire FACE puis d'effectuer une recherche de correspondant par adresse.

Les fiches de rappel permettent aux médecins d'accéder à tous les éléments nécessaires à leur prise en charge sans avoir à chercher les informations sur plusieurs sources.

IX. POINTS FAIBLES

Il s'agit de la première version de notre outil, son ergonomie peut être à améliorer par la suite.

Malgré l'utilisation de la base de données du Dicad13 et de Google, il est possible que la liste des structures ambulatoires de prise en charge addictologique ne soit pas exhaustive. De plus, certaines structures peuvent avoir changé d'adresse ou de numéro de téléphone depuis le référencement effectué pour la création de notre outil. Des mises à jour seront nécessaires régulièrement.

L'acceptabilité et l'intérêt de notre outil est à évaluer auprès des médecins généralistes après un certain temps d'utilisation.

Pour le moment, notre outil n'est pas référencé sur les sites d'aide à la décision médicale ou sur les sites d'organisations médicales régionales. Une promotion de notre outil sera nécessaire pour améliorer sa visibilité et son accessibilité auprès des médecins généralistes du département. Elle pourra être faite via les réseaux sociaux, le site kit-médical.fr, le site de l'URPS ML PACA, etc.

Conclusion de thèse

Le médecin généraliste, premier recours de soins pour la population, tient un rôle majeur dans le repérage des troubles de l'usage de l'alcool. Les patients soulignent sa légitimité pour aborder les conséquences sanitaires de l'usage de l'alcool. L'identification des TUA s'appuie notamment sur l'interrogatoire, l'examen clinique, la biologie, l'imagerie et les données issues des questionnaires de dépistage, l'AUDIT constituant la référence mais fastidieux, ou le FACE plus concis et recommandé par la HAS.

De plus, l'intervention brève, voire très brève, est reconnue comme aussi efficace dans le repérage des TUA qu'une intervention plus longue.

Cependant cette mission de repérage s'avère souvent difficile à accomplir du fait des contraintes habituelles qui s'exercent sur le médecin généraliste : représentations personnelles, carence de formation, manque de temps pour mener pleinement ce type d'intervention, caractère chronique et instable de la pathologie, difficultés à rentrer en contact avec le réseau de soins spécialisé en addictologie.

Sur la base de ces constatations, notre site web « Alcooclic » a pour vocation de constituer pour les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône une aide rapide au repérage et à l'orientation de leurs patients concernés par un TUA. Il met à leur disposition le questionnaire FACE ainsi que la géolocalisation des centres de soins addictologiques environnant leur cabinet, en plus de quelques fiches de rappel succinctes à propos des principaux concepts essentiels en alcoologie.

Enfin, si les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône confirmaient à l'avenir l'intégration de notre outil dans leur pratique quotidienne, nous pourrions alors envisager une extension à d'autres départements, voire au territoire national.

Bibliographie

1. Reynaud M. Les personnes en difficulté avec l'alcool. Actualité et dossiers en santé publique. sept 1999;(28).
2. Global status report on alcohol and health 2018 [Internet]. [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241565639>
3. WHO Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019 [Internet]. [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/411418/Alcohol-consumption-harm-policy-responses-30-European-countries-2019.pdf
4. Santé Publique France. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017 [Internet]. [cité 20 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/la-consommation-d-alcool-chez-les-adultes-en-france-en-2017>
5. Santé Publique France. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015 [Internet]. [cité 20 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/la-mortalite-attribuable-a-l-alcool-en-france-en-2015>
6. Santé publique France présente les nouvelles recommandations sur l'alimentation, y compris l'alcool, l'activité physique et la sédentarité [Internet]. [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/actualites/sante-publique-france-presente-nouvelles-recommandations-lalimentation-y-compris-lalcool>
7. Criteres cim-10 : abus/dependance.pdf [Internet]. [cité 14 sept 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/annexe_criteres_cim-10_abus_dependance.pdf
8. Société Française d'Alcoologie. Recommandations de la SFA - Les usages en dehors de la dépendance [Internet]. 2003. Disponible sur: http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/SFA2003_Mesusages.pdf
9. Alcohol Use Disorder: A Comparison Between DSM–IV and DSM–5 | National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) [Internet]. [cité 2 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/alcohol-use-disorder-comparison-between-dsm>
10. Définitions diagnostiques [Internet]. Stop-alcool.cg. 2021 [cité 2 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.stop-alcool.ch/fr/l-alcool-en-general-2/la-consommation-d-alcool/definitions-diagnostiques>
11. Le dispositif de soins en addictologie [Internet]. [cité 2 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/ce-qu-il-faut-savoir-sur/le-dispositif-de-soins-en-addictologie>
12. Direction générale de la santé. Circulaire N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addicologie [Internet]. Ministère de la santé,

de la jeunesse et des sports; 2008 févr [cité 2 févr 2022] p. 28. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/08_79t0.pdf

13. CAARUD : Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues [Internet]. Corevih IDF Nord. [cité 2 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.corevih-idfnord.fr/glossary/caarud-les-centres-d-accueil-et-d-accompagnement-a-la-reduction-des-risques-pour-usagers-de-drogues/>
14. Les Consultations jeunes consommateurs (CJC), une aide aux jeunes et à leur entourage [Internet]. Drogues Info Service. [cité 2 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Se-faire-aider/Les-Consultations-jeunes-consommateurs-CJC-une-aide-aux-jeunes-et-a-leur-entourage>
15. Direction de l'hospitalisation et de, l'organisation des soins. CIRCULAIRE N°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie [Internet]. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports; 2008 sept [cité 2 mars 2022] p. 23. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_299_260908.pdf
16. Alcool aide, sortir de l'alcoolisme avec une aide généraliste - alcoolinfoservice [Internet]. Alcool Info Service. [cité 2 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.alcool-info-service.fr/alcool/aide-alcool/entraide-entre-pairs>
17. Addiction à l'alcool – Complications neurologiques de l'alcoolisme [Internet]. Collège des Enseignants de Neurologie. 2016 [cité 7 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.cen-neurologie.fr/fr/deuxieme-cycle/addiction-lalcool-complications-neurologiques-lalcoolisme>
18. Risques psychiques liés à l'alcool [Internet]. [cité 12 mars 2022]. Disponible sur: http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/4b_risquespsychiques_sfa2009.pdf
19. Alcool et cancer | Cancer et environnement [Internet]. [cité 7 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.cancer-environnement.fr/294-Alcool-et-cancer.ce.aspx>
20. Anderson P, Gual A, Colom J. Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. Paris; 2008. 141 p.
21. Alcool et foie [Internet]. Centre Hépato-Biliaire Paul Brousse. 2014 [cité 9 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.centre-hepato-biliaire.org/maladies-foie/alcool-et-foie.html>
22. Corrao G, Bagnardi V, Zambon A, Arico S. Exploring the dose-response relationship between alcohol consumption and the risk of several alcohol-related conditions: a meta-analysis. *Addiction*. 1999;94(10):1551-73.
23. Schiff ER, Ozden N. Hepatitis C and Alcohol. *Alcohol Res Health*. 2003;27(3):232-9.
24. Institut national de la santé et de la recherche médicale (Paris). Alcool : effets sur la santé. Paris: INSERM; 2003.
25. Rehm JT, Bondy SJ, Sempos CT, Vuong CV. Alcohol consumption and coronary heart disease morbidity and mortality. *Am J Epidemiol*. 15 sept 1997;146(6):495-501.
26. Weber M, Bouly S. Alcoolisme et épilepsie. 2002;4.
27. L'alcool pendant la grossesse [Internet]. [cité 12 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.chuliege.be/books/Alcoolisationfoetale/files/assets/common/downloads/L.pdf>

28. Grossesse et alcool : une consommation risquée pour la santé du fœtus [Internet]. [cité 12 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/grossesse-et-alcool-une-consommation-risqueee-pour-la-sante-du-foetus>
29. Rossow I. Suicide, Violence and Child Abuse: A Review of the Impact of Alcohol Consumption on Social Problems. *Contemp Drug Probl.* 1 sept 2000;27(3):397-433.
30. Compton R, Blomberg R, Moskowitz H, Burns M, Peck R, Fiorentino D. Crash Risk of Alcohol Impaired Driving. 1 janv 2002;
31. Consommations en milieu du travail [Internet]. [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/154/?sequence=13>
32. Le coût social des drogues en France - Note de synthèse - OFDT [Internet]. [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/notes/le-cout-social-des-drogues-en-france/>
33. Dor B, Paquet E, Orban T, Dubois AF, Schmets A, Pitchot W. Prise en charge du mésusage de l'alcool avec dépendance par le médecin généraliste. *Rev Médicale Liège.* mai 2019;74(5-6):287-93.
34. Grieco M. Vécu de la prise en charge des patients en trouble moyen à sévère d'alcool par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes: étude qualitative auprès de 18 médecins généralistes. 2016;92.
35. Stratégies de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève en matière d'alcool auprès des médecins généralistes [Internet]. Vie publique.fr. [cité 17 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/28175-strategies-de-promotion-du-reperage-precoce-et-de-lintervention-breve-e>
36. Phan T, Yana J, Fabre J, Yana L, Renard V, Ferrat E. Repérage de la consommation d'alcool à risque par les médecins généralistes : enquête auprès de patients en soins premiers. *Rev Dépidémiologie Santé Publique.* 1 août 2020;68(4):215-25.
37. Beck F, Guignard R, Obradovic I, Gautier A, Karila L. Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France. *Rev Dépidémiologie Santé Publique.* 1 oct 2011;59(5):285-94.
38. Cogordan C, Quatremère G, Andler R, Guignard R, Richard JB, Nguyen-Thanh V. Dialogue entre médecin généraliste et patient : les consommations de tabac et d'alcool en question, du point de vue du patient. *Rev Dépidémiologie Santé Publique.* 1 nov 2020;68(6):319-26.
39. DEWOST AV, DOR B, ORBAN T, RIEDER A, GACHE P, MICHAUD P. Choisir un bon questionnaire pour évaluer le risque alcool de ses patients. Acceptabilité des questionnaires FACE, AUDIT, AUDIT intégré dans un questionnaire de santé en médecine générale. *Etude REPEX.* 2006. 321-326 p.
40. Pierre Gallois, Jean-Pierre Vallée, Yves Le Noc. Les mésusages de l'alcool : repérage et intervention brève en médecine générale. *Médecine.* 1 sept 2006;2(7):302-6.
41. BOUIX JC, HUAS D, CLEMENT C, et al. Intervention auprès des consommateurs à problèmes. *Rv Prat Med Gen.* 1995;9(287):22-5.
42. Masson E. Mésusage d'alcool : principes de repérage et d'intervention [Internet]. EM-Consulte. [cité 31 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1363439/mesusage-d-alcool-principes-de-reperage-et-d-inter>

43. Alcoolisation excessive : Des interventions brèves pour modérer la consommation : Pour les sujets dont l'usage d'alcool est associé à un dommage médical, psychique ou social. *Rev Prescrire*. 2005;25(262):450-7.
44. Dano C, Le Geay F, Brière M. Diagnostic et prise en charge des troubles de l'usage d'alcool : données récentes. *L'Encéphale*. 1 juin 2014;40(3):276-85.
45. Kiritze-Topor P. Conduites d'alcoolisation : du risque à la dépendance - Repérage et intervention brève en médecine générale. *Médecine*. 1 janv 2008;4(1):26-32.
46. Grant BF, Goldstein RB, Smith SM, Jung J, Zhang H, Chou SP, et al. The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-5 (AUDADIS-5): Reliability of substance use and psychiatric disorder modules in a general population sample. *Drug Alcohol Depend*. 1 mars 2015;148:27-33.
47. Ruan WJ, Goldstein RB, Chou SP, Smith SM, Saha TD, Pickering RP, et al. The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-IV (AUDADIS-IV): Reliability of new psychiatric diagnostic modules and risk factors in a general population sample. *Drug Alcohol Depend*. 1 janv 2008;92(1):27-36.
48. Buchsbaum DG, Welsh J, Buchanan RG, Elswick RK. Screening for drinking problems by patient self-report. Even « safe » levels may indicate a problem. *Arch Intern Med*. 9 janv 1995;155(1):104-8.
49. Reliability of alcohol abusers' self-reports of drinking behavior. *Behav Res Ther*. 1 janv 1979;17(2):157-60.
50. Perone N, Brawand-Bron A, Samaras N, Steiner A-S, Jackson Y, Broers B, et al. Nouveautés en médecine interne générale ambulatoire (1). *Rev Médicale Suisse*. 3 févr 2010;6(234):233-8.
51. Vinson DC, Galliher JM, Reidinger C, Kappus JA. Comfortably Engaging: Which Approach to Alcohol Screening Should We Use? *Ann Fam Med*. sept 2004;2(5):398-404.
52. Taj N, Devera-Sales A, Vinson DC. Screening for problem drinking: does a single question work? *J Fam Pract*. avr 1998;46(4):328-35.
53. Beyeler Y, Gache P. Alcool au cabinet médical. Un kit de survie pour le praticien. *Rev Médicale Suisse*. 4 juill 2007;3(118):1677-81.
54. Demirkol A, Haber P, Conigrave K. Problem drinking - detection and assessment in general practice. *Aust Fam Physician*. août 2011;40(8):570-4.
55. Gache P. Repérage et diagnostic des malades de l'alcool. *Rev Prat*. 15 févr 1999;49(4):375-8.
56. Hermansson U, Helander A, Brandt L, Huss A, Rönnerberg S. The Alcohol Use Disorders Identification Test and Carbohydrate-Deficient Transferrin in Alcohol-Related Sickness Absence. *Alcohol Clin Exp Res*. 2002;26(1):28-35.
57. Bell H, Tallaksen CME, Try K, Haug E. Carbohydrate-Deficient Transferrin and Other Markers of High Alcohol Consumption: A Study of 502 Patients Admitted Consecutively to a Medical Department. *Alcohol Clin Exp Res*. 1994;18(5):1103-8.
58. Miller PM, Anton RF. Biochemical alcohol screening in primary health care. *Addict Behav*. 1 sept 2004;29(7):1427-37.

59. Scharll N. Utilisation des outils de repérage et d'évaluation des consommations à risque alcool/tabac/cannabis en médecine générale [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2019 [cité 22 sept 2021]. Disponible sur: <https://n2t.net/ark:/47881/m6f47nd1>
60. Wenrich MD, Paauw DS, Carline JD, Curtis JR, Ramsey PG. Do primary care physicians screen patients about alcohol intake using the CAGE questions? *J Gen Intern Med.* nov 1995;10(11):631-4.
61. Nygaard P, Paschall MJ, Aasland OG, Lund KE. Use and Barriers to Use of Screening and Brief Interventions for Alcohol Problems Among Norwegian General Practitioners. *Alcohol Alcohol.* 1 mars 2010;45(2):207-12.
62. AUDIT : the Alcohol Use Disorders Identification Test : guidelines for use in primary health care [Internet]. [cité 16 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/audit-the-alcohol-use-disorders-identification-test-guidelines-for-use-in-primary-health-care>
63. Bohn MJ, Babor TF, Kranzler HR. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings. *J Stud Alcohol* [Internet]. 4 janv 2015 [cité 16 nov 2021]; Disponible sur: <https://www.jsad.com/doi/abs/10.15288/jsa.1995.56.423>
64. Steinbauer JR, Cantor SB, Holzer III CE, Volk RJ. Ethnic and Sex Bias in Primary Care Screening Tests for Alcohol Use Disorders. *Ann Intern Med.* 1 sept 1998;129(5):353-62.
65. MacKenzie D, Langa A, Brown TM. Identifying hazardous or harmful alcohol use in medical admissions: a comparison of audit, cage and brief mast. *Alcohol Alcohol Oxf Oxf.* nov 1996;31(6):591-9.
66. Allen JP, Litten RZ, Fertig JB, Babor T. A Review of Research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcohol Clin Exp Res.* 1997;21(4):613-9.
67. Gache P, Michaud P, Landry U, Accietto C, Arfaoui S, Wenger O, et al. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version. *Alcohol Clin Exp Res.* nov 2005;29(11):2001-7.
68. Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA, for the Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): An Effective Brief Screening Test for Problem Drinking. *Arch Intern Med.* 14 sept 1998;158(16):1789-95.
69. Aertgeerts B, Buntinx F, Ansoms S, Fevery J. Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* mars 2001;51(464):206-17.
70. O'Brien CP. The CAGE questionnaire for detection of alcoholism: a remarkably useful but simple tool. *JAMA.* 5 nov 2008;300(17):2054-6.
71. McIntosh MC, Leigh G, Baldwin NJ. Screening for hazardous drinking. Using the CAGE and measures of alcohol consumption in family practice. *Can Fam Physician Med Fam Can.* sept 1994;40:1546-53.
72. Michaud P, Dewost A-V, Fouilland P. "Boire moins c'est mieux": Comment intégrer le repérage précoce et l'intervention brève auprès des consommateurs à risqué dans la pratique des médecins? *Presse Médicale.* 1 mai 2006;35(5, Part 2):831-9.
73. Castéra P, Maurat F, Fleury B, Demeaux J-L. Peut-on repérer « en routine » les mésusages d'alcool ? *Médecine.* 1 sept 2007;3(7):330-4.

74. Rolland B. Trouble de l'usage d'alcool : dépistage, évaluation et principes de prise en charge. MISE AU POINT. :5.
75. Cottencin O, Guardia D, Karila L, Rolland B. Alcoologie clinique. Presse Médicale. 1 déc 2012;41(12, Part 1):1248-58.
76. Recommandations de la Société française d'alcoologie : les mésusages d'alcool en dehors de la dépendance. Usage à risque - usage nocif. 2003;25(4S).
77. Saunders JB, Lee NK. Hazardous alcohol use: Its delineation as a subthreshold disorder, and approaches to its diagnosis and management. Compr Psychiatry. 1 mars 2000;41(2, Supplement 1):95-103.
78. Soins du patient ayant une consommation d'alcool à risque en médecine générale - Pour un repérage systématique et non jugeant [Internet]. [cité 22 sept 2021]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/conseil_scientifique/productions_du_conseil_scientifique/soins_du_patient_ayant_une_consommation_dalcool_ri/
79. Kaner E, Bland M, Cassidy P, Coulton S, Dale V, Deluca P, et al. Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial. BMJ. 9 janv 2013;346:e8501.
80. Murray E. Screening and brief intervention for alcohol use disorders in primary care. BMJ. 9 janv 2013;346:e8706.
81. McIntosh MC, Leigh G, Baldwin NJ, Marmulak J. Reducing alcohol consumption. Comparing three brief methods in family practice. Can Fam Physician. nov 1997;43:1959-67.
82. Casset J-C, Bérenger P, Bosson J-L, Lacroix A. Evaluation à 1 an de l'intervention brève pratiquée par des médecins généralistes chez des patients ayant un mésusage d'alcool. Rev Prat. 30 juin 2008;58(12 Suppl):25-31.
83. Huas D, Rueff B. Le repérage précoce et l'intervention brève sur les consommateurs excessifs d'alcool en médecine générale ont-ils un intérêt ? BDB_JO_101578024. févr 2010;(90):20-3.
84. Aira M, Kauhanen J, Larivaara P, Rautio P. Factors influencing inquiry about patients' alcohol consumption by primary health care physicians: Qualitative semi-structured interview study. Fam Pract. 1 juill 2003;20:270-5.
85. 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 Engl. sept 2011;33(3):412-21.
86. Naudet MM, Miche J-N. Prise en charge du problème alcool par le médecin généraliste : Impact de sa formation et de ses représentations. Alcoologie Addictologie. 2006;28(1):41-50.
87. Gallois P, Emeriaud P, Charpentier J-M. Le problème « alcool » en médecine générale 2 301 réponses à un questionnaire d'auto-évaluation. Médecine. 1 sept 2006;2(7):320-4.
88. Abidi L, Oenema A, Nilsen P, Anderson P, van de Mheen D. Strategies to Overcome Barriers to Implementation of Alcohol Screening and Brief Intervention in General Practice: a Delphi Study Among Healthcare Professionals and Addiction Prevention Experts. Prev Sci Off J Soc Prev Res. août 2016;17(6):689-99.

89. Groppi M, Geiger S, Lafortune J. Parler d'alcool avec son patient en médecine générale Simple ou gênant ? Médecine. 28 févr 2011;7(2):83-6.
90. Beich A, Thorsen T, Rollnick S. Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. BMJ. 6 sept 2003;327(7414):536-42.
91. O'Donnell A, Haighton C, Chappel D, Shevills C, Kaner E. Impact of financial incentives on alcohol intervention delivery in primary care: a mixed-methods study. BMC Fam Pract. 25 nov 2016;17:165.
92. Hansen LJ, de Fine Olivarius N, Beich A, Barfod S. [Screening for alcohol overconsumption in general practice. Experiences of general practitioners with a patient questionnaire]. Ugeskr Laeger. 23 avr 2001;163(17):2358-61.
93. Cnockaert P. Le médecin généraliste peut-il ne pas s'occuper de la consommation d'alcool de ses patients? Rev Médicale Brux. sept 2002;23(4):A313-7.
94. Beich A, Gannik D, Malterud K. Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. BMJ. 19 oct 2002;325(7369):870.
95. Collins C, Finegan P, O'Riordan M. An online survey of Irish general practitioner experience of and attitude toward managing problem alcohol use. BMC Fam Pract. 18 déc 2018;19(1):200.
96. Bouix J, GACHE P, RUEFF B, HUAS D, BOUIX J. C. Parler d'alcool reste un sujet tabou. Connaissances, opinions et attitudes pratiques de médecins généralistes français concernant l'alcool. 2002. 1488-1492 p.
97. Nygaard P, Aasland OG. Barriers to Implementing Screening and Brief Interventions in General Practice: Findings from a Qualitative Study in Norway†. Alcohol Alcohol. 1 janv 2011;46(1):52-60.
98. Poplas Susic T, Kersnik J, Kolsek M. Why do general practitioners not screen and intervene regarding alcohol consumption in Slovenia? A focus group study. Wien Klin Wochenschr. mai 2010;122 Suppl 2:68-73.
99. Wilson GB, Lock CA, Heather N, Cassidy P, Christie MM, Kaner EFS. Intervention against excessive alcohol consumption in primary health care: a survey of GPs' attitudes and practices in England 10 years on. Alcohol Alcohol Oxf Oxfs. oct 2011;46(5):570-7.
100. Clergue-Duval V, Pot E, Azuar J. État de la prise en charge addictologique par les généralistes dans le nord de Paris. Rev D'Épidémiologie Santé Publique. 1 mai 2018;66(3):195-9.
101. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 12 janv 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte
102. Sonia Arfaoui. Construction d'un questionnaire court de repérage des consommations problématiques d'alcool en médecine générale : le questionnaire « FACE ». [Paris]: Université René Descartes; 2002.

103. L'alcool, casse-tête des médecins [Internet]. Ipsos. [cité 20 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/lalcool-casse-tete-des-medecins>

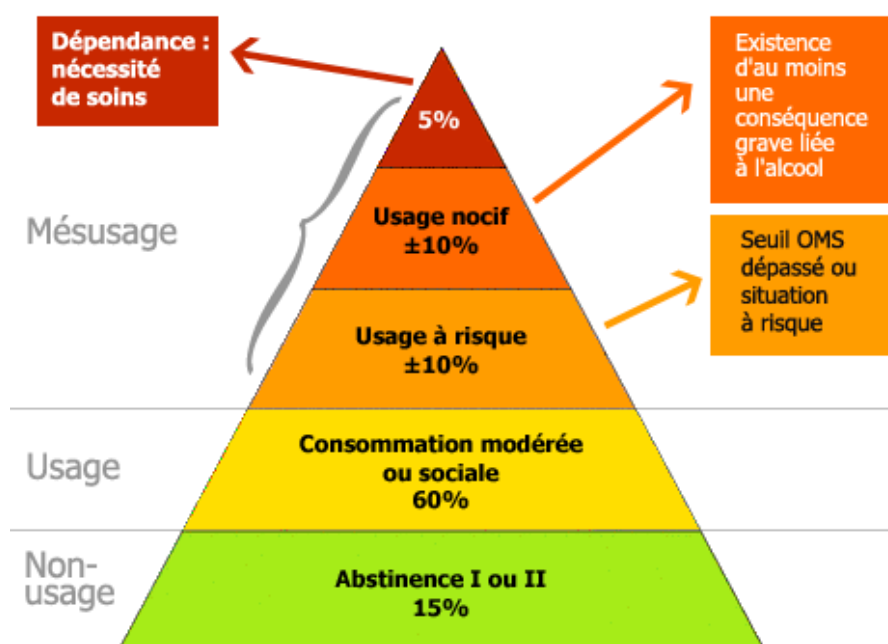
104. Denais J. Prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool: pratiques et travail en réseau des médecins généralistes du Var et des Bouches du Rhône. 2021;198.

Annexes

Annexe 1 : Définition d'un verre standard



Annexe 2 : Pyramide de Skinner



Annexe 3 : Questionnaire AUDIT

Questions	Points					Score
	0	1	2	3	4	
1/ A quelle fréquence consommez-vous de l'alcool ?	Jamais	Une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine	
2/ Combien de verre d'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus	
3/ A quelle fréquence buvez-vous six verres ou plus en une même occasion ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
4/ Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
5/ Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par mois	Tous les jours ou presque	
6/ Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par mois	Tous les jours ou presque	
7/ Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par mois	Tous les jours ou presque	
8/ Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par mois	Tous les jours ou presque	
9/ Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	

10/ Un parent, un ami, un médecin ou autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	
---	-----	--	---	--	--------------------------	--

Interprétation du résultat :

- Un score ≥ 7 chez l'homme et ≥ 6 chez la femme est évocateur d'un **mésusage** actuel d'alcool.
- Un score > 12 chez l'homme et chez la femme serait en faveur d'une **dépendance** à l'alcool.

Annexe 4 : Questionnaire AUDIT-C

Questions	Points					Score
	0	1	2	3	4	
1/ A quelle fréquence consommez-vous de l'alcool ?	Jamais	Une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine	
2/ Combien de verre d'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus	
3/ A quelle fréquence buvez-vous six verres ou plus en une même occasion ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	

Interprétation du résultat :

- Un score ≥ 3 chez la femme et ≥ 4 chez l'homme doit faire évoquer un **mésusage**.
- Un score ≥ 10 dans les deux sexes doit faire évoquer une **dépendance**.

Annexe 5 : Questionnaire DETA

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

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

Annexe 6 : questionnaire FACE

Questions	Points					Score
	0	1	2	3	4	
1/ A quelle fréquence consommez-vous de l'alcool ?	Jamais	Une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine	
2/ Combien de verre standard consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus	
3/ Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?	Non				Oui	
4/ Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?	Non				Oui	
5/ Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir de ce que vous avez pu dire ou faire ?	Non				Oui	

Interprétation du résultat :

- Un score ≥ 4 chez la femme et ≥ 5 chez l'homme doit faire évoquer un **mésusage**.
- Un score ≥ 9 dans les deux sexes doit faire évoquer une **dépendance**.

Annexe 7 : maquettes et exemple d'arborescence avant réalisation du site



Questionnaire AUDIT

1 - A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

- Jamais
- Au moins une fois par mois
- 2 à 4 fois par mois
- 2 à 3 fois par semaine
- 4 fois ou plus par semaine

2 - Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

- 1 ou 2
- 3 ou 4
- 4 ou 5
- 7 à 9
- 10 ou plus

3 - Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire six verres standards ou plus

- Jamais
- Moins d'une fois par mois
- 1 fois par mois
- 1 fois par semaine
- Tous les jours ou presque

4 - Dans les 12 derniers mois, combien de fois avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé

- Jamais
- Moins d'une fois par mois
- 1 fois par mois
- 1 fois par semaine
- Tous les jours ou presque

5 - Dans les 12 derniers mois, combien de fois le fait d'avoir bu de l'alcool, vous-a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous ?

- Jamais
- Moins d'une fois par mois
- 1 fois par mois
- 1 fois par semaine
- Tous les jours ou presque

6 - Dans les 12 derniers mois, combien de fois, après une période de forte consommation, avez-vous du boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?

- Jamais
- Moins d'une fois par mois
- 1 fois par mois
- 1 fois par semaine ?
- Tous les jours ou presque

7 - Dans les 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?

- Jamais
- Moins d'une fois par mois
- 1 fois par mois
- 1 fois par semaine
- Tous les jours ou presque

8 - Dans les 12 derniers mois, combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?

- Jamais
- Moins d'une fois par mois
- 1 fois par mois
- 1 fois par semaine
- Tous les jours ou presque

9 - Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?

- Non
- Oui mais pas dans l'année passée
- Oui au cours de l'année dernière

10 - Est-ce qu'un parent, un ami, un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?

- Non
- Oui mais pas dans l'année passée
- Oui au cours de l'année dernière

Résultat =

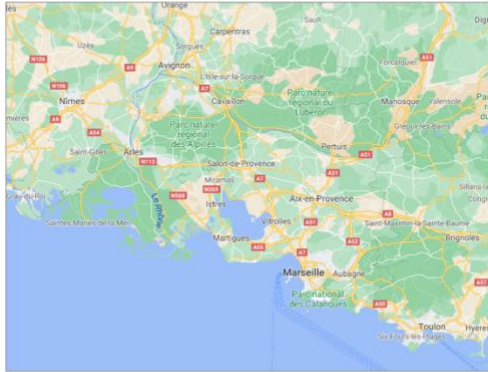
Score > ou = 5 : consommation à risque

Score > ou = 8 : usage nocif (7 chez la femme)

Score > ou = 12 : alcoolodépendance probable (11 chez la femme)

Trouver les structures de soins spécialisées en addictologie autour de vous 

Orienter



2 avenue de la Capelette
06 16 12 01 25

.....

2- Dr

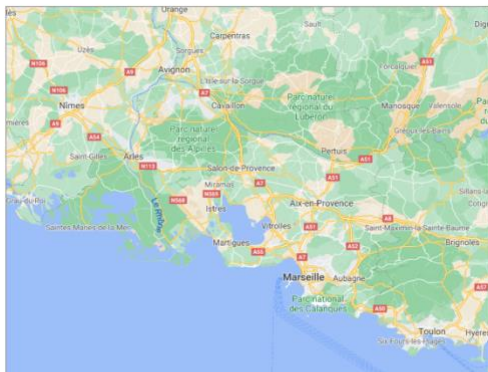
.....

3- CSAPA

.....

.....

Orienter



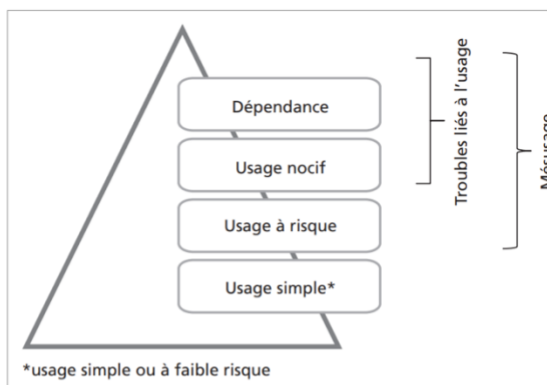
Entrez votre ville ou code postal

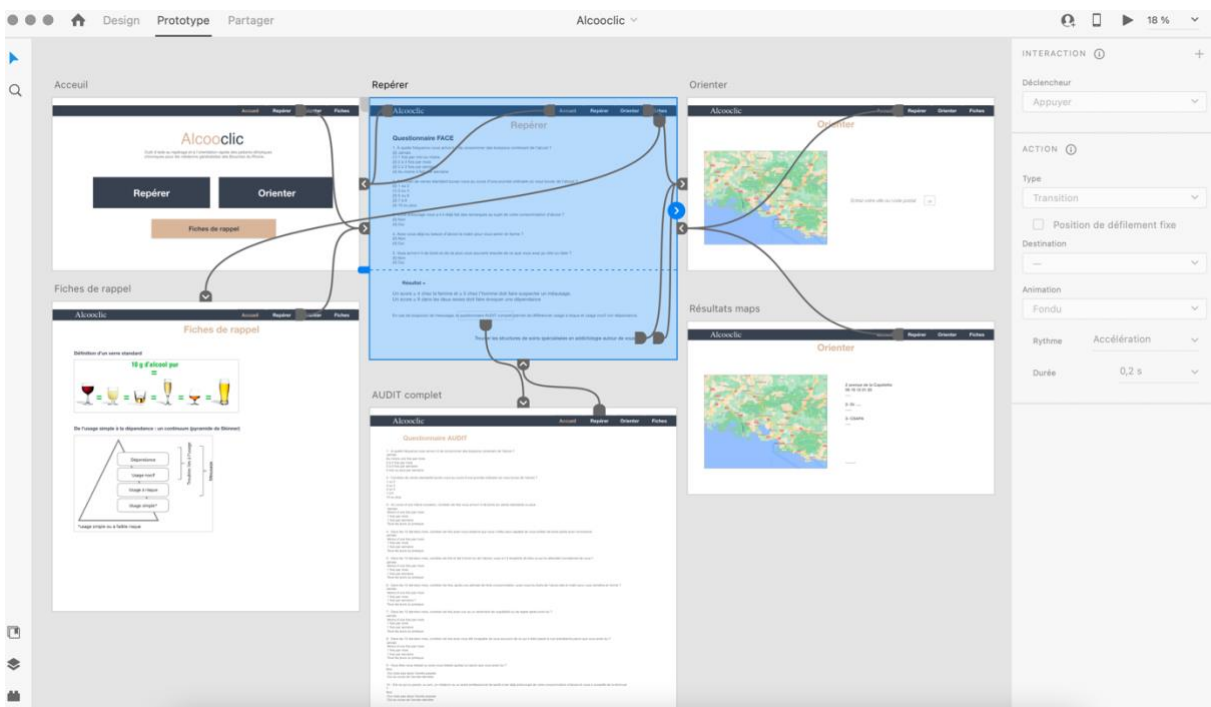
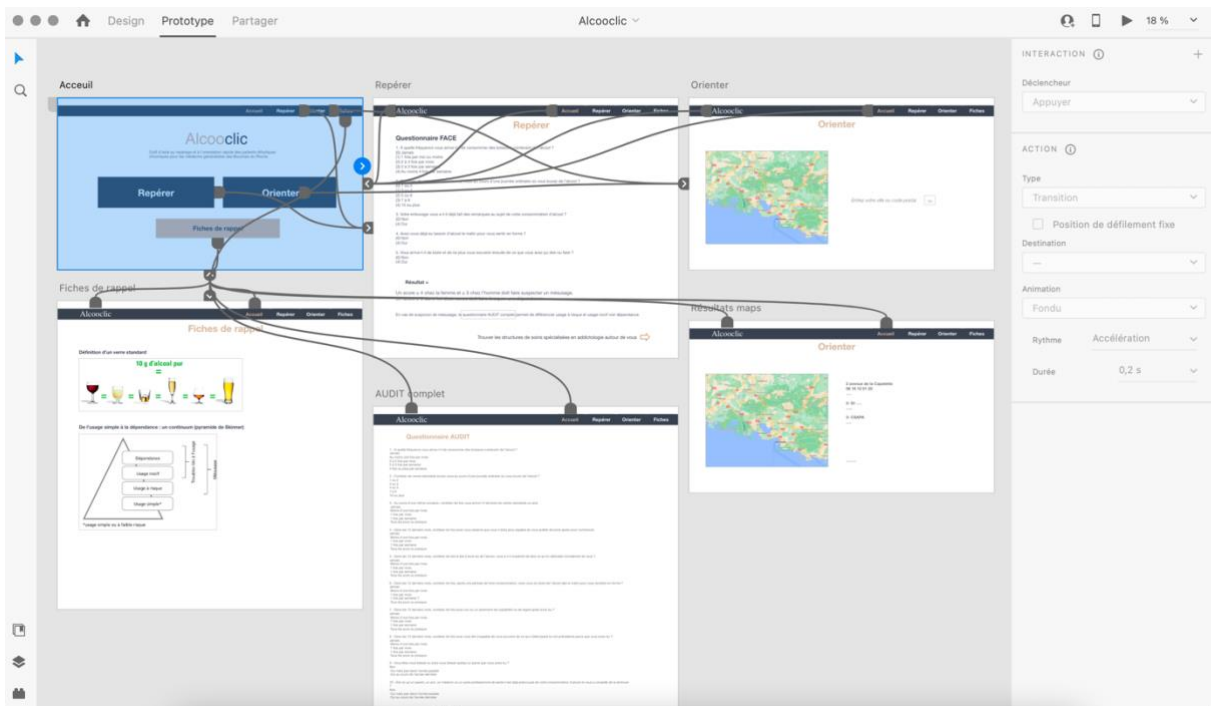
Fiches de rappel

Définition d'un verre standard



De l'usage simple à la dépendance : un continuum (pyramide de Skinner)





Annexe 8 : les différents correspondants en addictologie

➔ **CSAPA** (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)
Structures ambulatoires médico-sociale permettant un accueil de proximité et une

prise en charge pluridisciplinaire (présence d’infirmiers, médecins, psychologues, assistantes sociales, etc.) des différents types d’addictions.

→ **CJC** (Consultations Jeunes Consommateurs)

Consultations réservées aux jeunes consommateurs et à leur entourage, ayant lieu au sein des CSAPA ou de structures hospitalières.

→ **CMP** (Centre Médico-Psychologique)

Consultations centrées sur la prise en charge psychologique et sociale des patients. Plusieurs types de professionnels (IDE, psychiatre, assistante sociale, etc.) y sont représentés. Chaque patient dépend du CMP de son lieu d’habitation.

→ **Les structures hospitalières**

- **Niveau 1** : pour des sevrages résidentiels simples, à travers des services hospitaliers, des consultations et des équipes de liaison (ELSA)
- **Niveau 2** : offre les mêmes services que les structures de niveau 1, auxquels s’ajoutent des unités de sevrages complexes, un hôpital de jour et des services de soins de suite et réadaptation en addictologie.
- **Niveau 3** : offre les mêmes services que des structures de niveau 2 et assurent des missions de formation, d’enseignement, de recherche et de coordination régionale.

→ **Le secteur libéral**

Certains médecins généralistes et psychiatres possèdent une formation spécifique en addictologie (DU, DIU, capacité d’addictologie) et sont de bons interlocuteurs en cas de sevrage simple.

Annexe 9 : signes devant alerter sur une consommation chronique d’alcool

Signes physiques
<ul style="list-style-type: none">• Hypertension• Céphalées• Faciès évocateur : vaisseaux capillaires dilatés, yeux injectés de sang• Tremblement des mains et de la langue• Troubles gastro-intestinaux• Troubles cognitifs• Élargissement du polygone de sustentation• Haleine alcoolique• Difficultés sexuelles
Signes psychologiques et sociaux
<ul style="list-style-type: none">• Anxiété• Dépression

- Troubles du sommeil
- Problèmes au travail, financiers ou d'ordre relationnel
- Violence domestique

Annexe 10 : examens paracliniques indiqués dans le bilan d'une suspicion de mésusage d'alcool

VGM augmentés	Peu sensible, très spécifique
GGT augmentés	Se normalise en quelques semaines de sevrage, élevé précocement en cas de consommation chronique excessive
Transaminases augmentées	Peu sensible
CDT augmenté	Presque spécifique du métabolisme de l'alcool mais prix élevé
Échographie abdominale	Recherche de lésion hépatique (stéatose, fibrose, cirrhose, carcinome hépatocellulaire)

Annexe 11 : intervention brève et conseils (issu de la plaquette HAS)

Intervention brève concernant la réduction ou l'arrêt de consommation de substance(s) psychoactive(s)

- Restituer les **résultats des questionnaires** de consommation.
- **Inform**er sur les **risques** concernant la consommation de substance.
- **Évaluer avec le consommateur** ses **risques** personnels et situationnels.
- Identifier les représentations et les **attentes du consommateur**.
- **Échanger** sur l'intérêt personnel de l'arrêt ou de la réduction de la consommation.
- **Expliquer** les méthodes utilisables pour réduire ou arrêter sa consommation.
- **Proposer** des objectifs et laisser le choix.
- **Évaluer la motivation, le bon moment et la confiance** dans la réussite de la réduction ou de l'arrêt de la consommation.
- Donner la possibilité de réévaluer dans une **autre consultation**.
- Remettre une **brochure** ou orienter vers un **site**, une application, une association, un forum...



→ Adopter une **posture partenariale** favorisant la confiance et les échanges (alliance thérapeutique).

→ Échanger avec le consommateur sur sa **motivation**, sa **confiance** dans la réussite de réduction ou d'arrêt de sa consommation et déterminer si c'est le **bon moment**, grâce à **3 échelles** sur lesquelles il va se situer.

Motivation pour réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive



Le **bon moment** pour réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive



Confiance dans la réussite du projet de réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive



Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

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

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

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