



**HAL**  
open science

## Dépistage du mésusage d'alcool : ressenti et obstacles perçus par les médecins généralistes picards, étude quantitative

Éléonore Chevalier

### ► To cite this version:

Éléonore Chevalier. Dépistage du mésusage d'alcool : ressenti et obstacles perçus par les médecins généralistes picards, étude quantitative. Médecine humaine et pathologie. 2023. <dumas-04238882>

**HAL Id: dumas-04238882**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04238882v1>**

Submitted on 12 Oct 2023

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

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



Distributed under a Creative Commons CC BY 4.0 - Attribution - International License

UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE  
FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS

Année 2023

N°2023-81

**Dépistage du mésusage d'alcool: ressenti et obstacles  
perçus par les médecins généralistes picards, étude  
quantitative**

THÈSE PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE DOCTEUR EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Diplôme d'État Médecine générale

Le 05/09/2023

Par CHEVALIER Eléonore

Président du Jury

**Monsieur le Professeur Mathurin FUMERY**  
**Professeur des Universités-Praticien Hospitalier**  
**Gastro-entérologue**

Membres du jury

**Monsieur le Docteur Arthur FOULON**  
**Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier**  
**Chef du Service de Gynécologie, obstétrique, orthogénie**

**Madame le Docteur Aurélie GUIDEZ**  
**Docteur en médecine générale**

Directeur de thèse

**Monsieur le Docteur Jean-Michel DUCROCQ**  
**Docteur en médecine générale**







## Remerciements :

À Mathurin Fumery,

Tu me fais l'honneur de présider ce jury de thèse. Je te prie de trouver ici l'expression de mon profond respect et de mon entière reconnaissance.

À Arthur Foulon,

Tu me fais l'honneur d'accepter de juger ce travail. Trouve ici l'expression de ma sincère et profonde reconnaissance.

Au Docteur Aurélie Guidez,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Je vous remercie pour les stages ambulatoires passés au sein de votre cabinet, ils m'ont permis de m'épanouir et de prendre confiance en mes prises en charge.

À Jean-Michel Ducrocq,

Merci d'avoir accepté d'encadrer mon travail. Tu m'as permis de débiter les remplacements dans ton cabinet et bientôt nous serons installés ensemble : c'est un réel honneur et plaisir.

A mes enfants,

Vous êtes ma force, et la source de ma motivation pour vous montrer que rien n'est impossible. Je vous aime.

A Julien,

Mon soutien dans la vie et dans ce projet que beaucoup pensaient fou. Ta positivité et ta patience m'ont portée durant ces longues années d'étude. Merci pour tout ce que tu m'apportes. Je t'aime

A mes parents, Francis et Yvelise,

Qui ont toujours cru en moi, et n'ont jamais douté de mon projet. Merci infiniment pour votre soutien moral, votre présence et vos bons conseils dans les moments de doute. Merci pour les petits plats préparés lors des stages très prenants, pour la logistique des sorties d'école parfois compliquée. Et merci de nous avoir accueillis pendant 1 mois, mois durant lequel cette thèse s'est achevée. Trouvez dans ce travail tout l'amour et la reconnaissance que j'ai pour vous.

A mon frère Florent et sa jolie famille,

Merci pour toutes ces relectures d'ECG et les conduites à tenir attendantes qui ont rythmées mon internat. Tes connaissances et ta passion pour le monde médical m'ont inspirées. Quel plaisir de voir nos enfants grandir ensemble.

A ma soeur Domitille, Alix et mini-Sanjay,

Merci pour tous les bons moments passés ensemble et ceux à venir. Les vacances et repas dominicaux vont bientôt être plus mouvementés, quel bonheur!  
Au plaisir de se retrouver sur la plage de Merlimoule.

A mes grands parents partis trop tôt,

Je pense à vous, et j'aurais aimé que vous soyez témoins de mon parcours.

A mes amis qui se reconnaîtront,

Je vous promets, je m'arrête ici. Vétérinaire ou fleuriste ce n'est pas pour moi.  
Merci pour les bons moments partagés depuis toutes ces années.

A mes cointernes,

Maïté et Priscilla qui me suivent depuis le début de ces études médicales, merci pour votre soutien pré et post examens, vous avez toujours de bons conseils et l'art de relativiser.

Salah, Valentine, et William, quel merveilleux semestre j'ai passé avec vous en pédiatrie et gynécologie. Vous avez prouvé que l'amitié et la solidarité peuvent se créer rapidement.

Emma, nous avons partagé le semestre aux urgences et ta bonne humeur constante a été un soutien. Merci pour ta correction en anglais.

## Table des matières

<b>I) Introduction</b> .....	11
<b>II) La consommation d'alcool en France</b> .....	11
<b>A) Aspects quantitatifs et évolution</b> .....	11
1) Une diminution notable de la consommation sur le long terme .....	11
2) Un niveau de consommation encore élevé en comparaison des autres pays d'Europe.....	12
<b>B) Une consommation qui touche une part importante de la population mais de            façon hétérogène</b> .....	13
1) La population masculine davantage concernée par une consommation quotidienne.....	13
2) La consommation quotidienne d'alcool est largement corrélée à l'âge .....	14
3) Une consommation d'alcool importante pour certains individus.....	16
<b>III) La classification des usages de l'alcool et les nouveaux repères de consommation définis en 2017</b> .....	19
<b>A) Une définition basée sur un niveau quantitatif par rapport aux recommandations existantes. La SFA.(Société Française d'Alcoologie)</b> .....	19
<b>B) Une définition axée sur les troubles liés à l'usage de l'alcool</b> .....	20
1) La CIM-10 (Classification Internationale des Maladies) de l'OMS définit les notions d'utilisation nocive et de dépendance.....	20
2) Un trouble de l'usage de l'alcool caractérisé par sa sévérité. LaDSM5.....	21
<b>C) La mise en place en 2017 de nouveaux repères de consommation</b> .....	21
<b>IV) L'impact sanitaire du mésusage d'alcool</b> .....	23
<b>A) Mortalité et morbidité</b> .....	23
1) Le mésusage d'alcool est lié à de nombreuses pathologies .....	23
2) Le mésusage d'alcool entraîne un nombre élevé de décès .....	24
3) Le cancer, principal fléau lié au mésusage d'alcool.....	24
4) Les autres causes de mortalité générées par le mésusage d'alcool .....	25
5) La situation des Hauts de France apparaît largement dégradée .....	25
<b>B) Le mésusage d'alcool fait peser un poids important sur le système de soins</b> . 25	

<b>C) Le mésusage d'alcool provoque des conséquences sociales douloureuses....</b>	<b>26</b>
1) Le mésusage de l'alcool provoque une modification du comportement propice aux violences .....	26
2) Le mésusage d'alcool induit de nombreux dommages pour le buveur et les tiers..	26
3) Cependant, certains chercheurs interrogent le lien entre alcool et violence.....	27
<b>V) Face aux conséquences délétères du mésusage de l'alcool, les politiques publiques de prévention ont longtemps manqué de conviction .....</b>	<b>28</b>
<b>A) Pour des raisons « scientifiques » .....</b>	<b>28</b>
1) Une caution scientifique s'appuyant essentiellement sur les travaux de Pasteur...	28
2) La répression des troubles à l'ordre public est complétée par un volet éducatif....	30
3) La persistance d'une « caution scientifique » reste prégnante.....	31
<b>B) Pour des raisons économiques.....</b>	<b>32</b>
1) Un secteur riche en emplois et qui contribue au rayonnement culturel.....	32
2) Un secteur fleuron des exportations.....	32
3) Les niveaux de taxation sont différents selon les produits.....	32
<b>C) Pour des raisons sociologiques.....</b>	<b>33</b>
1) La consommation d'alcool revêt un caractère convivial et initiatique.....	33
2) La consommation d'alcool n'est pas perçue comme dangereuse.....	34
3) La consommation reste banale chez les jeunes et l'approvisionnement facile.....	34
<b>VI) le rôle du médecin généraliste apparaît central mais suscite des interrogations....</b>	<b>36</b>
<b>A) Un professionnel reconnu par les patients et impliqué dans le dépistage du mésusage de l'alcool.....</b>	<b>36</b>
1) Le médecin généraliste est un professionnel de premier recours reconnu par les patients.....	36
2) Le médecin généraliste paraît impliqué dans le dépistage du mésusage de l'alcool.....	37
3) Le rôle majeur du médecin généraliste dans son aspect préventif.....	37

4) Le médecin généraliste pivot de la prise en charge du patient.....	38
<b>B) Une trop faible implication du médecin généraliste est encore relevée.....</b>	<b>39</b>
1) Du point de vue des institutions.....	39
2) Du point de vue des patients.....	39
3) Les conséquences des insuffisances au niveau du dépistage sont lourdes.....	40
<b>VII- Matériel et méthode.....</b>	<b>41</b>
<b>A) Type d'étude.....</b>	<b>41</b>
<b>B) Matériel.....</b>	<b>41</b>
1) Création du questionnaire.....	41
2) Population étudiée.....	41
<b>C) Déroulement de l'enquête.....</b>	<b>41</b>
1) Diffusion du questionnaire.....	41
2) Traitement des données et analyse statistique .....	42
<b>VIII- Résultats.....</b>	<b>42</b>
<b>A) Population de l'étude.....</b>	<b>42</b>
<b>B) Intérêts et pratique du dépistage du mésusage d'alcool.....</b>	<b>45</b>
1) Intérêt des médecins généralistes picards pour l'addictologie.....	45
2) Différentes pratiques de dépistage du mésusage d'alcool .....	45
3) L'utilisation d'outils de dépistage.....	49
4) Priorité et légitimité du dépistage du mésusage d'alcool en médecine générale...	51
5) La consommation d'alcool personnelle des médecins et le tabou ressenti.....	52
6) Les freins au dépistage du mésusage d'alcool.....	53
7) Les facteurs facilitants du dépistage du mésusage d'alcool.....	55
8) Aide au dépistage du mésusage d'alcool.....	57
<b>IX- DISCUSSION.....</b>	<b>58</b>
<b>A) Forces et limites de l'étude.....</b>	<b>58</b>
1) Forces.....	58
2) Limites.....	58
<b>A) Un nombre de participants limité.....</b>	<b>58</b>
<b>B) Mauvaise représentation de la population étudiée.....</b>	<b>59</b>
<b>C) Le dépistage de mésusage d'alcool par les médecins généralistes picards suit-il les recommandations de la Société Française d'alcoologie?.....</b>	<b>61</b>
<b>D) Les outils de dépistage.....</b>	<b>62</b>

<b>E) Les obstacles perçus par les médecins généralistes.....</b>	<b>62</b>
1) Tabou et réaction négative.....	62
2) Manque de temps et de formation.....	62
3) Le facteur patient.....	63
4) Le rôle du médecin généraliste.....	63
<b>F) Les facteurs facilitant le dépistage.....</b>	<b>64</b>
<b>X - CONCLUSION .....</b>	<b>65</b>
Bibliographie.....	66
Annexes .....	71
1) Questionnaires validés dans le dépistage du mésusage d'alcool.....	71
Annexe a : questionnaire Audit-c (version brève du test AUDIT) .....	71
Annexe b : questionnaire Audit (Alcohol Use Disorders Identification Test) .....	72
Annexe c : questionnaire Face (Fast Alcohol Consumption Evaluation).....	74
2) Questionnaire de l'étude .....	75
a) Introduction du questionnaire.....	75
b) Questionnaire .....	75
3) Table des figures .....	82
4) Liste des tableaux .....	84
Liste des abréviations.....	85
Résumé .....	88

## I- Introduction

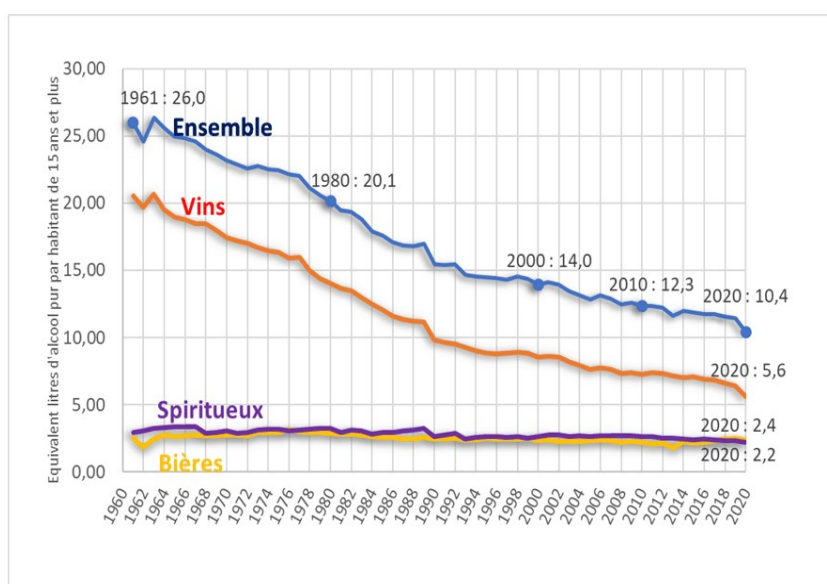
Mes stages de pratique ambulatoire et les remplacements effectués en Picardie m'ont permis d'appréhender l'importance des problématiques liées à l'alcool lors des consultations. En miroir, la lecture de la rubrique faits divers des journaux locaux relate presque quotidiennement les méfaits d'une consommation d'alcool excessive (violences conjugales, accidents de la circulation, délits de fuite...).

La consommation d'alcool en France reste importante pour des raisons sociologiques et historiques bien que son mésusage produise des effets délétères en terme de santé publique. Le mésusage de l'alcool qu'on peut définir comme une consommation non pertinente par rapport à des recommandations d'ordre médical ou juridique constitue un enjeu de santé publique. Son dépistage par les médecins généralistes est crucial mais ne semble pas suffisamment mis en œuvre selon les études. C'est cette discordance qui m'a conduite à réaliser cette étude quantitative sur le ressenti et les obstacles perçus par les médecins picards concernant le dépistage du mésusage d'alcool en consultation.

## II) La consommation d'alcool en France

### **A) Aspects quantitatifs et évolution**

#### **1) Une diminution notable de la consommation sur le long terme.**



Source : OMS, groupe IDA, Insee/OFDT

Figure 1 : *Quantité d'alcool mis en vente en France par habitant âgé de 15 ans et plus depuis 1961 (en litres équivalents d'alcool pur).*

Depuis le début des années 1960, les quantités d'alcool mises en vente par habitant en France ont fortement diminué passant de 26 litres à 10,4 litres en 2020. Cette baisse est presque entièrement imputable à la diminution des quantités de vin. [1]

## 2) Un niveau de consommation encore élevé en comparaison des autres pays d'Europe

Le niveau de consommation d'alcool en France en 1960 était très largement supérieur à celui observé dans les autres pays européens. Il reste encore élevé en 2019 d'après les données de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) [2] figurant dans son rapport sur la santé en Europe en 2021.

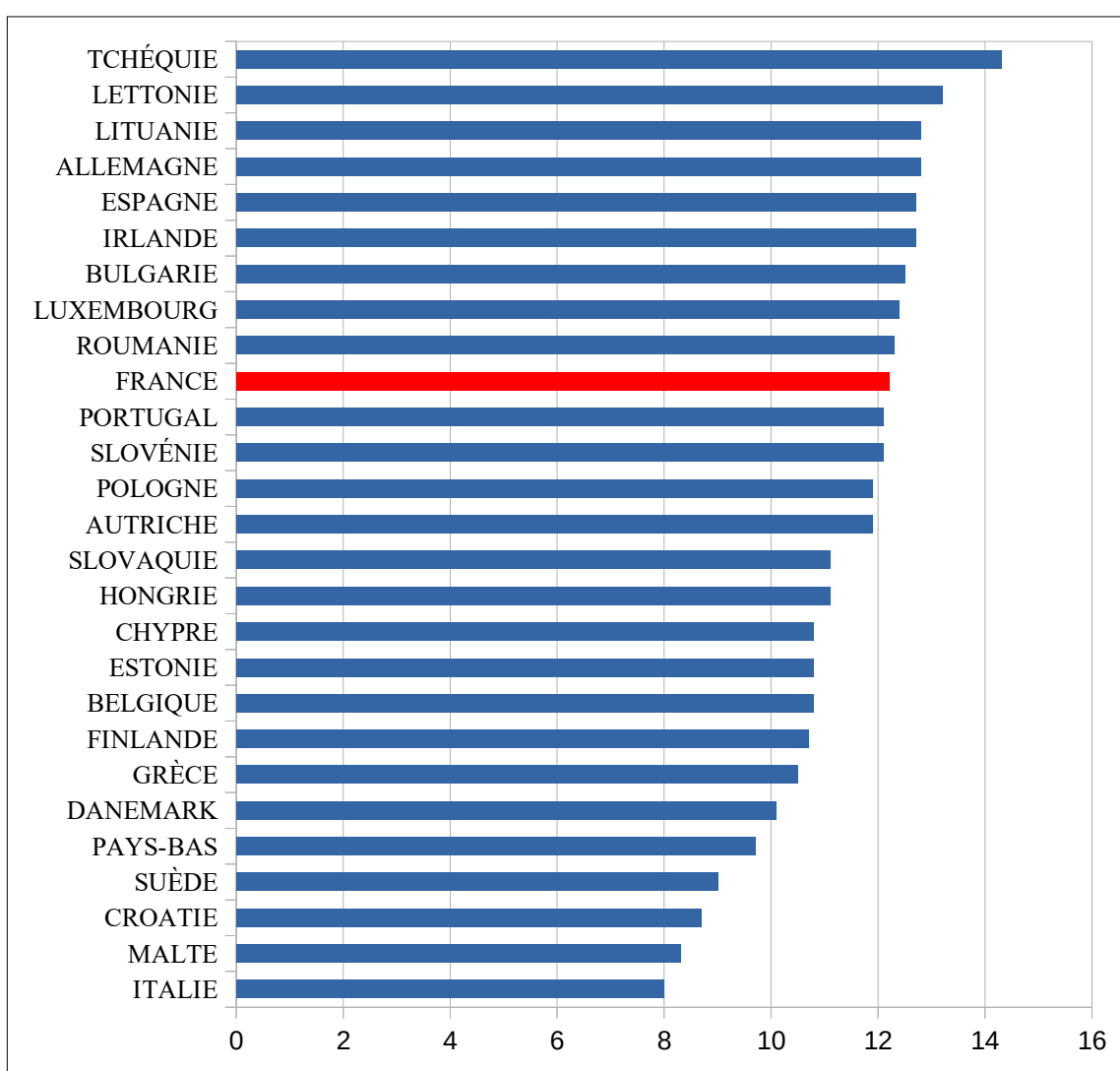


Figure 2 : Consommation d'alcool pur (en litres par an) par adulte de plus de 15 ans en 2019 (ou dernière année disponible) pour l'Union Européenne

La mauvaise place de la France est encore corroborée par les données [3] de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Économique). Les modes de calcul des quantités d'alcool pur consommées ne sont pas harmonisées entre les différents pays. En France, l'existence de taxes assises sur les volumes permet de reconstituer de façon transparente les volumes d'alcool prêts à être vendus, ce qui n'est pas le cas dans de nombreux pays. Néanmoins, il n'est pas tenu compte en France de la consommation des non-résidents qui emportent des boissons alcoolisées dans leur pays ni en compensation des français qui ramènent des boissons de leur séjour à l'étranger. L'ensemble devant s'équilibrer globalement.

### **B) Une consommation qui touche une part importante de la population mais de façon hétérogène.**

Les chiffres sont extraits du bulletin de Santé Publique France de janvier 2020. [4] Les consommations sont recueillies à partir d'une enquête téléphonique auprès d'un échantillon représentatif. Les déclarations étant sous-estimées, elles sont redressées statistiquement pour les corrélérer aux quantités mises en vente sur le marché.

### **Données comparatives entre la France et la région Hauts de France.**

Les données concernant la Picardie ne sont plus fournies depuis la fusion au 1<sup>er</sup> janvier 2016 des régions Nord-Pas de Calais et Picardie.

#### **1) La population masculine est davantage concernée par une consommation quotidienne.**

<b>Consommation quotidienne d'alcool en population adulte en 2017(de 18 à 75 ans)</b>	
<b>France</b>	<b>Hauts de France</b>
<b>10 %</b> des adultes boivent quotidiennement de l'alcool	<b>11,5 %</b> des adultes boivent quotidiennement de l'alcool
À distinguer : <b>15,2 % des hommes</b> boivent quotidiennement de l'alcool. <b>5,1 % des femmes</b> boivent quotidiennement de l'alcool	À distinguer : <b>17,7 % des hommes</b> boivent quotidiennement de l'alcool. <b>5,6 % des femmes</b> boivent quotidiennement de l'alcool

*Tableau 1 : Consommation quotidienne d'alcool en population adulte en 2017*

La consommation quotidienne d'alcool en France est en baisse sensible. (21,5 % des adultes en 2000 contre 10 % en 2017 soit une baisse de moitié).

La même tendance se retrouve dans le baromètre cancer 2021-attitudes et comportements des français face au cancer même si la base de données est différente. (8 % des 15-85 ans déclarent boire quotidiennement de l'alcool en 2021 contre 14,5 % en 2005) [5]

L'analyse de la consommation suivant le sexe dans cette même étude révèle que la part des hommes est prépondérante dans un rapport d'environ 1 pour 3. (10,1 % de consommateurs quotidiens hommes contre 3 % pour les femmes).

La région Hauts de France se caractérise par une consommation quotidienne supérieure à la moyenne nationale.

## 2) la consommation quotidienne d'alcool apparaît largement corrélée à l'âge.

Le baromètre de l'Institut National du Cancer dans sa version 2021 démontre la progression de la consommation d'alcool quotidienne en fonction de l'âge. [5]

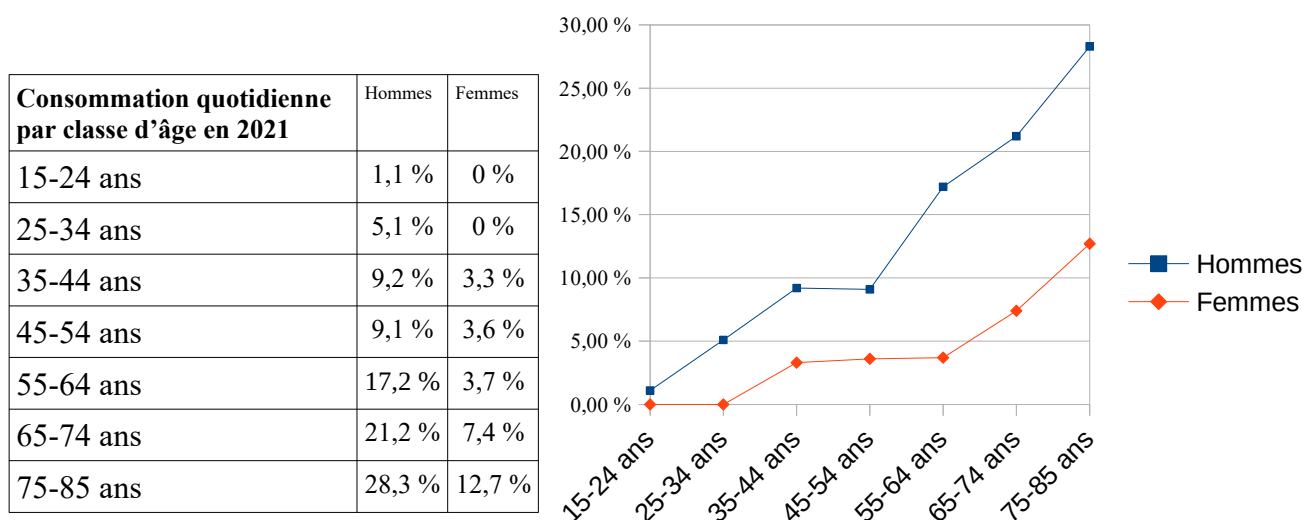


Figure 3 : consommation quotidienne d'alcool par classe d'âge en 2021

<b>Consommation d'alcool chez les jeunes de 17 ans en 2017</b>	
<b>France</b>	<b>Hauts de France</b>
<b>85,7 %</b> des jeunes de 17 ans ont déjà expérimenté la consommation d'alcool au moins une fois (95,6 % en 2002)	<b>83,7 %</b> des jeunes de 17 ans ont déjà expérimenté la consommation d'alcool au moins une fois
<b>8,4 %</b> ont eu un usage régulier de l'alcool (au moins 10 usages au cours du dernier mois) 12 % pour les garçons et 4,6 % pour les filles	<b>7,8 %</b> ont eu un usage régulier de l'alcool (au moins 10 usages au cours du dernier mois)
<b>16,4 %</b> ont eu au moins 3 API (Alcoolisation Ponctuelle Importante dans le mois soit au moins 5 verres en une seule occasion) 21,7 % pour les garçons et 10,9 % pour les filles	<b>14,3 %</b> ont eu au moins 3 API (Alcoolisation Ponctuelle Importante dans le mois soit au moins 5 verres en une seule occasion)

*Tableau 2 : Consommation d'alcool chez les jeunes de 17 ans en 2017*

L'enquête ESCAPAD [6] (Enquête sur la santé et les consommations lors de la Journée d'appel et de préparation à la défense ) de mars 2022 relève que si la consommation régulière d'alcool tend à diminuer passant de 14,5 % en 2003 à 8,4 % en 2017, la fréquence des API répétées stagne passant de 17,9 % en 2003 à 16,4 % en 2017 avec une augmentation pour les filles de 9,9 % à 10,9 %.

La problématique de l'A.P.I. montre également une distinction importante entre les jeunes de 17 ans et les adultes. 16,2 % des adultes ont connu une API dans le mois contre 43,9 % des jeunes.

Cette pratique n'est pas sans conséquences. Une étude française de 2019 [7] a montré que répéter une A.P.I. au moins deux fois par mois entre 18 et 25 ans triple le risque d'être alcoolodépendant. De plus, des données rapportent que de plus en plus de seniors s'y adonnent.

La situation des Hauts de France ne révèle pas de différences notables avec la France métropolitaine. Néanmoins, l'alcool reste de loin la première substance psychoactive utilisée par les jeunes .

Un point positif, cependant, concerne le pourcentage d'élèves de 3ème ayant expérimenté l'alcool. Entre 2010 et 2021, il est passé de 83 % à 64 % mais 18,4 % ont connu une API du mois précédent (nombre équivalent pour les filles et les garçons). [8]

Mais ce point positif reste à relativiser en comparaison du niveau européen d'expérimentation précoce de l'alcool à l'âge de 13 ans qui reste élevé en France. [9]

En conclusion, le mode de consommation de l'alcool diffère selon l'âge. Une consommation ponctuelle plus importante chez les jeunes à comparer avec un usage plus régulier chez les adultes. Une tendance conforme aux évolutions européennes.

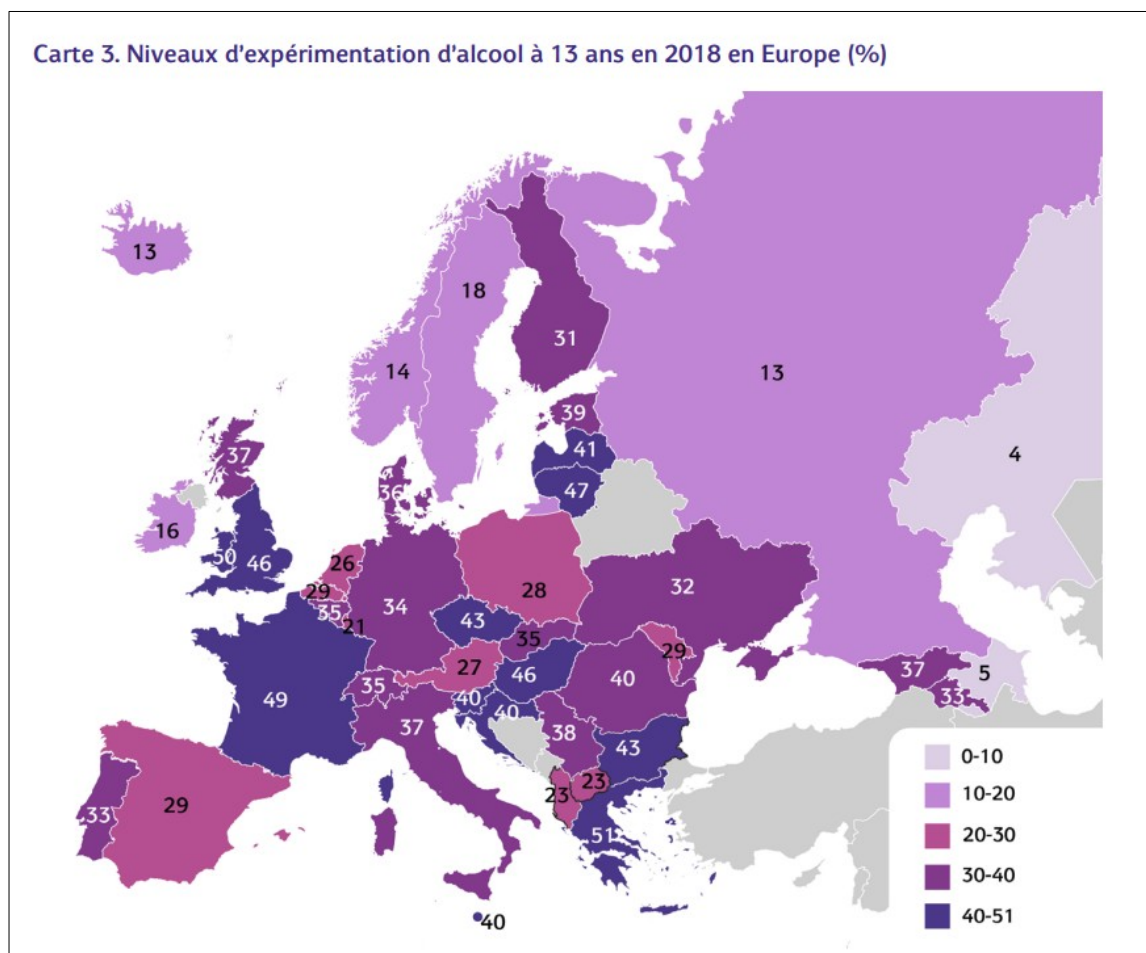


Figure 4 : niveau d'expérimentation de l'alcool à 13 ans en 2018 pour l'Europe (en%)

### 3) Une consommation d'alcool importante pour certains individus

Une moyenne globale en 2020 de 10,4 litres d'alcool pur consommés par an et par adulte apporte peu d'informations sur l'usage de l'alcool.

Ainsi 10 % des 18-75 ans consomment à eux seuls 58 % de l'alcool consommé.[10]

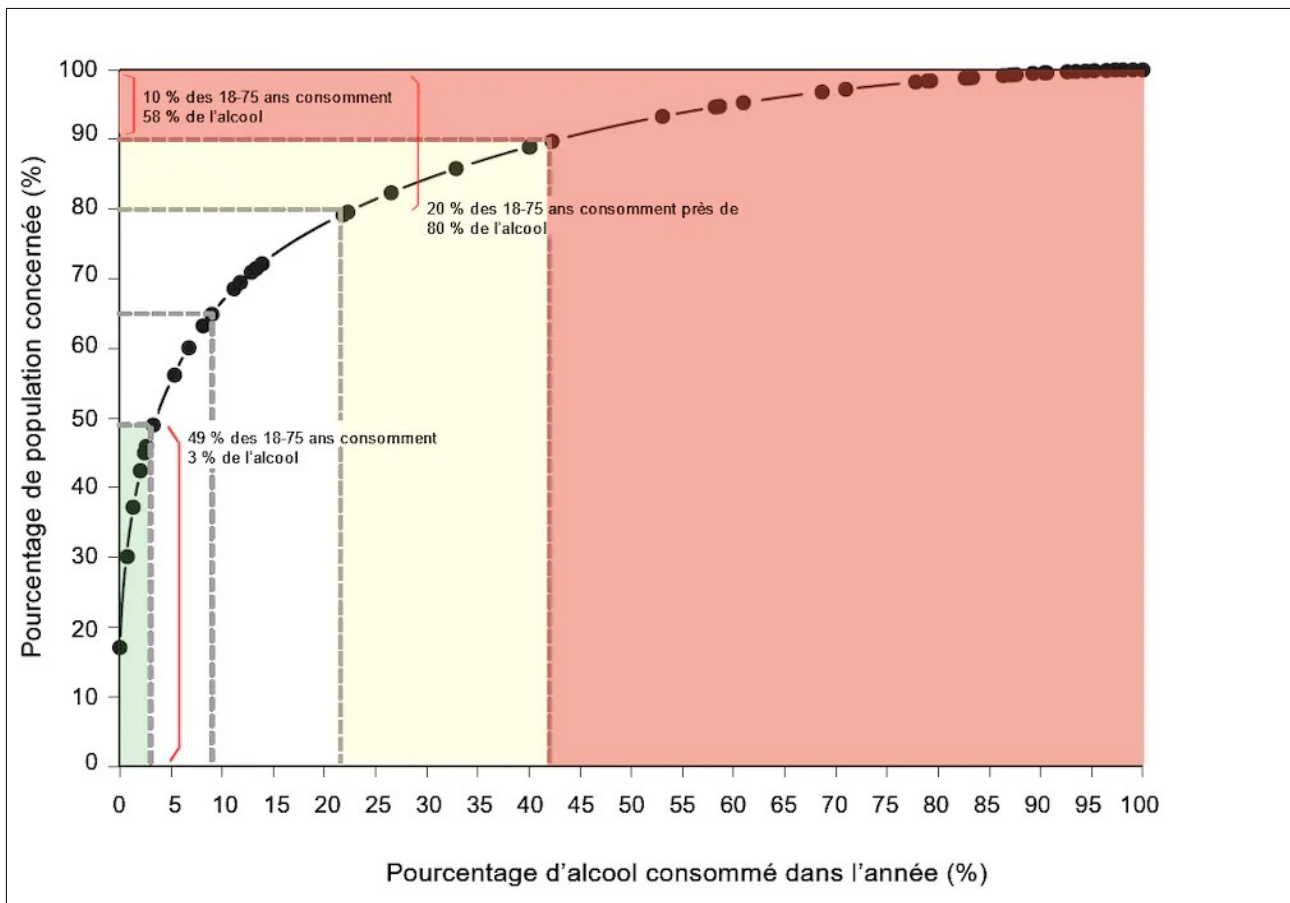


Figure 5 : distribution de la quantité d'alcool consommé en France par tranche d'âge en 2014

Ce graphique construit à partir des données du baromètre de Santé Publique France 2017 illustre le principe de Pareto, ou « principe des 80-20 », mis en évidence au XIXe siècle par l'économiste italien Pareto. Ces travaux ont donné naissance à un principe, 80 % (environ) des effets sont le produit de 20 % des causes. L'intérêt du principe de Pareto est avant tout de proposer une méthode générale permettant de distinguer les problèmes stratégiques. De cette façon, il est possible de concentrer les actions sur les objectifs qui auront le plus d'impact. Ce principe pourrait aider à guider la politique de prévention des dommages liés à l'alcool.

- Doit-on axer les actions sur les 20 % de plus gros consommateurs installés dans des comportements très établis ?

- Quels messages de prévention seront les plus efficaces en fonction de la consommation ?

- Doit-on agir sur l'ensemble des consommateurs comme le suggère la loi de Sully Ledermann, chercheur à l'INED (Institut National d'Etudes Démographiques) élaborée en

1956 qui entend démontrer que la consommation moyenne d'alcool d'une population en détermine la proportion de buveurs excessifs ?

En 2014, selon le baromètre de Santé Publique France, 8 % des 18-75 ans (3,4 millions de personnes) étaient considérés comme des consommateurs à risque (4 points) au sens du test de l'Audit-C (dépendants ou non) qui permet de quantifier les consommations..

#### **Items**

##### **1. A quelle fréquence consommez-vous une boisson contenant de l'alcool ?**

- (0) Jamais (passez aux questions 9-10)
- (1) Tous les mois ou moins
- (2) 2 à 4 fois par mois
- (3) 2 à 3 fois par semaine
- (4) 4 fois ou plus par semaine

##### **2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous au cours d'une journée typique lorsque vous buvez ?**

- (0) 1 ou 2
- (1) 3 ou 4
- (2) 5 ou 6
- (3) 7, 8 ou 9
- (4) 10 ou plus

##### **3. À quelle fréquence consommez-vous six verres ou plus en une seule occasion ?**

- (0) Jamais
- (1) Moins d'une fois par mois
- (2) Une fois par mois
- (3) Une fois par semaine
- (4) Tous les jours ou presque

#### *Annexe 1 : test audit-C*

En 2021, les 10,4 litres d'alcool pur par personne de plus de 15 ans et par an correspondent à 2,3 verres standard quotidiens par habitant de cette tranche d'âge. [11]

Un verre d'alcool standard est défini par une quantité égale à 10 grammes d'alcool pur quelque soit le produit alcoolisé.



Figure 6 : équivalence en alcool des verres standards.

**III) Une classification des usages de l'alcool a été définie selon différents critères. Elle a abouti à l'élaboration de nouveaux repères de consommation en 2017.**

**A) Une définition basée sur un niveau quantitatif par rapport aux recommandations existantes.**

La S.F.A. Société Française d'Alcoologie) dans son recueil de recommandation de bonne pratique « Mésusage de l'alcool, dépistage, diagnostic et traitement » [12] définissait les notions suivantes :

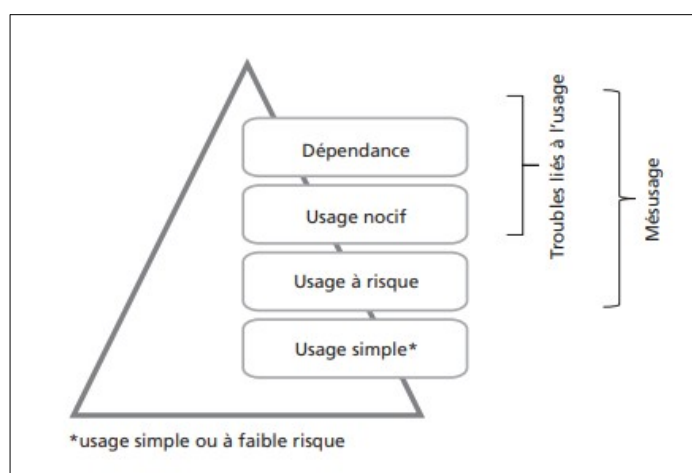


Figure 7 : usage, mésusage, trouble lié à l'usage : un continuum

- **Usage simple** : consommation asymptotique et inférieure aux seuils recommandés. (En 2015, ceux-ci étaient de 4 verres en consommation ponctuelle et de 14 verres hebdomadaires pour les femmes et 21 verres hebdomadaires pour les hommes.)

- **Mésusage**:comprenant l'usage à risque et les troubles liés à l'usage de l'alcool

L'usage à risque : risque différé et cumulatif en raison du dépassement des seuils et risque immédiat dans certaines situations (conduite, travail, grossesse..)

- **Troubles liés à l'usage de l'alcool** : existence de symptômes cognitifs, comportementaux et psychologiques allant jusqu'à la dépendance.

**B) Une définition axée sur les troubles liés à l'usage de l'alcool.**

Les troubles ne sont pas définis par la consommation d'alcool mais par les symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques induits par cette consommation . Plusieurs définitions existent dans les classifications internationales

**1) la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies) de l'OMS définit les notions d'utilisation nocive et de dépendance . [13]**

**Utilisation nocive pour la santé-CIM-10**

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

Le patient ne répond pas aux critères de la dépendance.

*Tableau 3 : utilisation nocive pour la santé. Définition de la CIM-10*

**Syndrome de dépendance-CIM-10**

Pour un diagnostic de certitude, **au moins trois** des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

1. désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;
2. difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation) ;
3. syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;
4. mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré ;
5. abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets ;
6. poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives.

*Tableau 4 : syndrome de dépendance selon la CIM-10*

## 2) Un trouble de l'usage de l'alcool caractérisé par sa sévérité.

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association américaine de psychiatrie dans sa version 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders D.S.M 5) a défini les notions liées aux troubles de l'usage.

### **Trouble de l'usage d'une substance. DSM-5**

Trouble lié à l'usage de l'alcool (alcohol use disorder) Traduction non officielle réalisée par la S.F.A.

#### **3 niveaux de sévérité :**

- **trouble faible** : 2 critères réunis sur 11
- **trouble modéré** : au moins 4 critères réunis sur 11
- **trouble sévère** : au moins 6 critères réunis sur 11

**1-** Usage récurrent d'alcool avec pour conséquence des difficultés à accomplir ses obligations professionnelles ou familiales. (par ex absences répétées, diminution des performances de travail, négligence parentale ou négligence de l'entretien du domicile.)

**2.** Usage récurrent d'alcool avec pour conséquence une mise en danger physique du sujet (conduite automobile, utilisation de machines, etc.).

**3.** Persistance de l'usage d'alcool en dépit de problèmes sociaux ou interpersonnels récurrents ou continus causés ou exacerbés par les effets de l'alcool.

**4.** Tolérance, définie par l'un des deux critères suivants :

- Besoin manifeste d'augmenter les quantités pour atteindre un état d'intoxication ou l'effet désiré
- Une diminution manifeste de l'effet produit en cas d'usage continu de la même quantité d'alcool.

**5.** Signes de sevrage, définis par l'un des deux critères suivants :

- Présence de signes de sevrage concernant l'alcool lors de l'arrêt ou forte diminution
- L'alcool est parfois consommé pour éviter ou stopper des signes de sevrages.

**6.** L'alcool est consommé en plus grande quantité, ou sur une période de temps plus longue que prévue.

**7.** Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux du sujet pour arrêter ou contrôler sa consommation.

**8.** Un temps important est consacré par le sujet à des activités visant à se procurer de l'alcool, à le consommer, ou à récupérer des effets de la consommation.

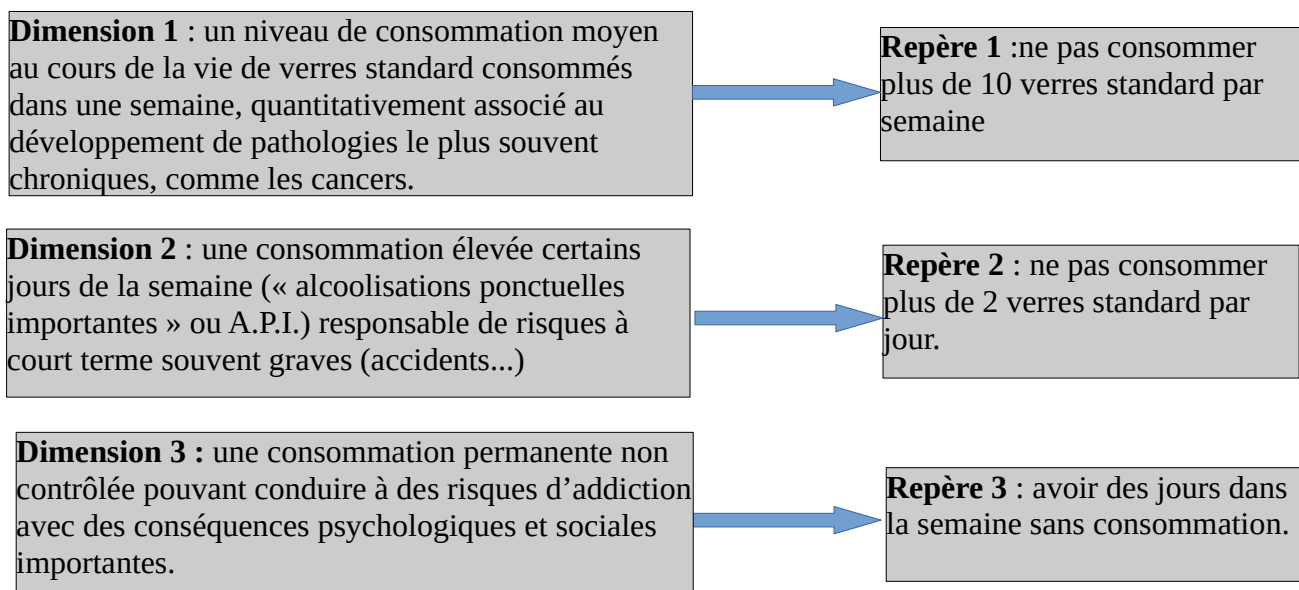
**9.** Abandon d'activités importantes sur le plan professionnel, personnel, ou récréatif au profit de la consommation d'alcool.

10. L'usage d'alcool reste identique en dépit de la prise de conscience de l'existence de répercussions continues ou récurrentes des consommations, sur le plan physique ou psychologique.
11. Présence régulière d'un craving (envie importante ou compulsive) de consommer de l'alcool

Tableau 5 : troubles de l'usage d'une substance selon la DSM-5

### C) La mise en place de nouveaux repères de consommation

A la suite du rapport de la Cour des Comptes de juin 2016 « Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool » qui pointait l'insuffisante réponse des politiques publiques [14], les autorités de santé ont saisi Santé Publique France et l'I.N.C.A (Institut National du Cancer) pour constituer un groupe d'experts chargé d'élaborer de nouveaux repères de consommation. Ces repères devant être compréhensibles par la population et répondre aux trois dimensions des risques causés par la consommation d'alcool. [15]



Il n'existe donc plus de distinction liée au sexe (même si l'état de grossesse implique une consommation nulle) et qu'à consommation égale, la femme est plus fragile que l'homme.[16]

Les recommandations sont en baisse par rapport aux précédentes car les données scientifiques les plus récentes ont mis en lumière un impact sur la santé dès de faibles niveaux de consommation. [17]

Les nouveaux repères ont été élaborés en fonction d'un risque acceptable pour la mortalité attribuable à l'alcool situé entre un décès sur 100 et un décès sur 1000. Les données du Baromètre de Santé publique France 2017 ont montré qu'en France métropolitaine, 23,6 % des adultes de 18 à 75 ans présentaient une consommation d'alcool dépassant ces repères à moindre risque, sur au moins une des trois dimensions définies supra. [18]

De nombreux pays, par ailleurs, ont révisé récemment leurs recommandations comme le Canada début 2023 avec des repères plus sévères.



Figure 8 : nouvelles recommandations de consommation d'alcool au Canada en 2023

La consommation d'alcool et particulièrement son mésusage ont des conséquences sanitaires importantes. « Fardeau sanitaire » pour Santé Publique France. « hécatombe », pour le psychiatre spécialiste des addictions Amine Benyamina de l'hôpital Paul Brousse. « Combien de morts faut-il attendre avant la mise en oeuvre d'une politique de réduction des risques réellement efficace ? », déplore l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA).

#### **IV) L'impact sanitaire du mésusage d'alcool.**

##### **A) Mortalité et morbidité**

##### **1) Le mésusage d'alcool est lié à de nombreuses pathologies.**

Au-delà des données de consommation, les conséquences sanitaires sont lourdes. Le rapport d'expertise collective de l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) « Réduction des dommages associés à la consommation d'alcool » [19] rappelait que « L'alcool est une drogue, une molécule cancérigène et toxique pour de nombreux organes dont la toxicité est relayée en partie par son métabolite, l'acétaldéhyde. Sa consommation est responsable directement ou indirectement d'une soixantaine de maladies et l'alcool est retrouvé dans 200 items de la Classification internationale des maladies (CIM-10) utilisée dans le PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information). Les effets de l'alcool sur la santé dépendent de la quantité et de la fréquence des consommations ainsi que du profil des consommations (épisode, chronique).

## **2) le mésusage d'alcool entraîne un nombre élevé de décès.**

Pour la mortalité, les estimations les plus récentes [20] de 2015, s'élèvent à 41 000 décès attribuables à l'alcool, dont 30 000 décès chez les hommes et 11 000 décès chez les femmes. Globalement, 7% des décès chez les plus de 15 ans sont attribuables à l'alcool sur un total de 580 000 décès en 2015. La mortalité attribuable à l'alcool dépasse 15 % des décès dans la tranche d'âge des 35-64 ans et il faut noter que 90 % des décès attribuables à l'alcool concernent des buveurs importants (plus de 53g d'alcool pur par jour).

## **3) Le cancer, principal fléau lié au mésusage d'alcool.**

La répartition des 41000 décès estimés en 2015 s'opère de la manière suivante :

-16 000 décès par cancers, La consommation d'alcool est reconnue cancérigène depuis 1988 par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC). La prise de conscience de ce caractère est élevée dans la population puisque 91,9 % des français considèrent que la consommation d'alcool est un facteur de risque de cancer alors qu'ils n'étaient que 71,9 % en 2005. [5] Ce chiffre tend à démontrer l'impact positif des campagnes de prévention sur la prise de conscience dans la population.

En France, la consommation d'alcool est la deuxième cause de cancer évitable derrière le tabac avec près de 28 000 nouveaux cas attribuables en 2015, soit 8,0 % des nouveaux cas de cancer cette année-là, toutes localisations confondues.[21]

L'alcool est impliqué dans 8 localisations de cancer : VADS (voies aérodigestives supérieures : bouche, pharynx, larynx), œsophage, sein, foie, estomac et colorectal. Le cancer du sein est le plus concerné avec 8 000 cas attribuables. Les études montrent que la

consommation d'alcool augmente significativement le risque de cancers des VADS, du foie, du côlon-rectum, de l'estomac et du sein, sans identifier un seuil d'innocuité.[22]

Pour la région des Hauts de France, l'incidence et la mortalité des cancers des VADS, de l'oesophage et du larynx étaient en 2017 la plus élevée du pays.

#### **4) les autres causes de mortalité générées par le mésusage d'alcool**

Les principales causes sont les suivantes [20]:

- 9 900 décès par maladies cardiovasculaires (maladies hypertensives, cardiopathie ischémique, arythmie cardiaque, AVC ischémique, AVC hémorragique)
- 6 800 par maladies digestives (cholélithiase, pancréatite),
- 5 400 pour une cause externe (accident ou suicide)
- +de 3 000 pour une autre maladie (maladies mentales, troubles du comportement, etc.).

#### **5) La situation des Hauts de France apparaît largement dégradée.**

Santé Publique France, dans son bulletin régional de janvier 2020 a additionné les décès causés par les cancers des voies aéro-digestives supérieures, par cirrhose du foie, par psychose alcoolique et par l'alcoolisme afin de calculer un taux standardisé de mortalité associé aux principales pathologies directement liées à la consommation d'alcool. Là encore, la région des Hauts de France arrive en tête autant chez les femmes (22,5 pour 100 000 contre 12 pour 100 000 pour la France entière) que chez les hommes ( 77 pour 100 000 contre 49,2 pour la France entière). [4]

#### **B) Le mésusage d'alcool fait peser un poids important sur le système de soins**

Le nombre important de pathologies imputables ou partiellement imputables à l'alcool impacte singulièrement le système de soins de manière continue mais le mésusage de l'alcool produit également des effets immédiats.

L'effet à court terme de l'alcool est mesuré par le passage aux urgences directement liés à l'alcool. Il s'agit en majorité d'intoxications éthyliques aiguës qui concernent en majorité des hommes de 45 à 60 ans. La région des Hauts de France est la 2ème de France métropolitaine en taux de passages aux urgences en 2017 en lien direct avec l'alcool avec 2,72 % chez les hommes (mais 6,93 % chez les 46/60 ans) et 0,97 % chez les femmes (mais 2,71 % chez les 46/60 ans) [4]

Une étude de 2012 [23] soulignait que les séjours hospitaliers liés à l'alcool étaient une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. Elle notait l'apparente contradiction entre l'augmentation des séjours hospitaliers liés à l'alcoolisation et la baisse de la consommation globale d'alcool, essentiellement de vin de table, depuis les années 1960 mais levait cette contradiction en l'attribuant vraisemblablement à une meilleure reconnaissance dans les hôpitaux de l'alcool-dépendance, même si elle restait encore très insuffisante pour en diminuer les complications.

### **C) Le mésusage d'alcool provoque des conséquences sociales douloureuses**

#### **1) le mésusage de l'alcool provoque une modification du comportement propice aux violences.**

Au-delà des images de misère sociale et de précarité véhiculées par les romans d'Emile Zola comme l'Assommoir, « l'alcool occupe une place importante parmi les prédicteurs statistiques des agressions » et plus généralement de la violence selon Laurent BEGUE, professeur de psychologie sociale [24]

Les statistiques de la Délégation aux victimes du Ministère de l'Intérieur pour 2018 montraient qu'un auteur d'homicide conjugal sur trois avait consommé de l'alcool . Dans un article du journal Le Monde de mars 2023 [25] relatif aux féminicides, Laurent BEGUE soulignait à nouveau la corrélation statistique dans la mesure où l'alcool augmente l'agressivité. Sa consommation restreint les capacités cognitives de l'individu (raisonnement, attention, autocontrôle..) qui focalisera dès lors son attention sur les informations les plus saillantes et jugera le comportement des autres comme hostile, ce qui pourra déclencher une réponse violente.

Ce type de perturbation cognitive induit par l'alcoolisation est qualifié de « myopie alcoolique ». C'est la quantité d'alcool consommée dans une même occasion, et non la fréquence de consommation, qui s'avère le facteur-clé pour la survenue du comportement agressif.[24]

#### **2) Le mésusage d'alcool induit de nombreux dommages pour le buveur et les tiers,**

Il peut entraîner des difficultés dans la vie personnelle du sujet (conflits conjugaux, difficultés à remplir ses obligations...) mais aussi sur le plan professionnel (absentéisme, accident de travail...). Il peut, de plus, causer des dommages sur la voie publique notamment

en matière de sécurité routière. Si l'on considère les chiffres de 2019 de l'ONISR (Observatoire National Interministériel de la Sécurité Routière) [26], avant le confinement, 1/10 des accidents corporels impliquait un conducteur avec un taux d'alcoolémie illégal (5800 sur 56000) mais 1/4 des accidents mortels impliquait un conducteur avec un taux d'alcoolémie illégal (750 sur 3050) pour un total des décès liés à ces accidents s'élevant à 799. Le risque d'être responsable d'un accident mortel est ainsi fortement majoré par la consommation d'alcool. La répression de l'alcool au volant est punie sévèrement mais la lourdeur des contrôles et la mobilisation des personnels de police nécessaires à leur réalisation réduisent singulièrement leur portée. Notamment lorsque d'autres motifs nécessitent la réquisition des forces de l'ordre.

Le mésusage d'alcool génère également un coût pour les finances publiques défini par Pierre Kopp comme un coût social.

Ce coût social se définit par l'addition du coût externe (valeur des vies humaines perdues, perte de la qualité de vie, les pertes de production) et du coût pour les finances publiques (les dépenses de prévention, la répression et les dépenses de justice, les soins, le handicap, l'économie des retraites non reversées et les recettes des taxes prélevées sur l'alcool). En 2010, et en l'absence de données plus récentes, le coût social de l'alcool était estimé à 118 milliards d'euros par an [27]

### **3) Cependant, certains chercheurs interrogent le lien entre alcool et violence.**

La relation entre usage d'alcool et comportement violent ne serait pas mécanique – ou, plus précisément, elle ne serait pas seulement chimique...

Certains auteurs considèrent la violence et l'usage d'alcool comme deux facettes d'un même mode de vie caractérisé par un cumul de comportements déviants. La relation causale habituellement proposée entre alcool et violence pourrait être inversée : certaines personnes boiraient pour commettre des actes violents, parce que l'alcool les aide à suspendre provisoirement leur attachement aux valeurs dominantes, ou encore parce que l'alcool pourra être rendu responsable de ces actes, leur permettant alors d'échapper en partie au jugement moral suscité par leurs écarts de conduite. [28]

Serge Brochu, spécialiste du contrôle social et judiciaire de la toxicomanie à l'école de criminologie de l'Université de Montréal estime que la nature de la relation entre alcool et violence, intègre des déterminants psycho-sociaux (attitudes, attentes, normes...) comme médiateurs capitaux de cette relation et qu'ainsi, le choix d'une réponse violente est

implicitement lié à un tissu personnel, culturel et social et pas uniquement à une intoxication alcoolique.[29]

Pour Laurent BEGUE, le lien entre alcool et violences dépend aussi des représentations collectives. Il cite ainsi les membres de la tribu bolivienne des Camba qui expérimentent deux fois par mois rituellement une alcoolisation extrême sans aucune violence physique ou verbale en les opposant aux beuveries régulièrement organisées en Finlande, Suède ou Islande où les violences graves sont fréquentes. [24]

## **V) Face aux conséquences délétères du mésusage de l'alcool, les politiques publiques de prévention ont longtemps manqué de conviction.**

### **A) Pour des raisons « scientifiques ».**

#### **1) une caution scientifique s'appuyant essentiellement sur les travaux de Pasteur.**

En 1862, le Dr Jean Cruveilhier (1791-1874) écrivait : « le moyen le plus efficace et le plus sûr de nous épargner l'alcoolisme, c'est le vin à bon marché et la possibilité d'un usage habituel de ce précieux breuvage » par opposition aux liqueurs alcooliques distillées contraires à la santé.

Quelques années plus tard, Pasteur écrivait : « *le vin peut-être à bon droit considéré comme la plus saine, la plus hygiénique des boissons* ». ( page 56 du chapitre dédié à la maladie de la tourne des *Études sur le vin* de Louis Pasteur (1866). ) À l'époque l'eau était souvent non potable, contenant des micro-organismes pathogènes ( *typhoïde, choléra et dysenteries* ), car il n'existait pas de réseau d'adduction d'eau. Il était donc plus hygiénique de boire du vin. Le réseau d'eau potable ne sera développé qu'à partir des années 1870 à Paris et sera achevé au début des années 1980 dans certains villages.

Pour l'auteur Stéphane Le Bras, dans son livre [30] « Faux bruits, rumeurs et fake news », Pasteur insistait sur l'idée que les vins sont sains s'ils ne sont pas malades ou altérés.

C'est cette petite citation qui a été retenue et sortie de son contexte pour faire les campagnes de propagandes diffusées dans les années 1930-1960 (notamment par l'Association pour la Propagande du Vin, fondée en 1930 à Béziers, Hérault) sur des supports variés (bons points, buvards, affiches).

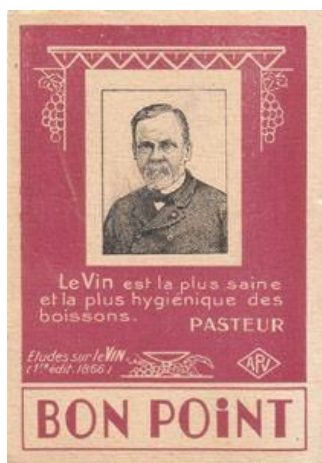


Figure 9 : Bon point comité national de propagande années 30



Figure 10 : affiche du comité national de propagande



Figure 11 : Buvard 1955 disponible sur (collection-agricole.fr)



Figure 12 : Encart de réclame .Propagande années 1930 de l'Association de Propagande pour le vin



Figure 13 : affiche de l'Association Nationale de Propagande pour le vin

Le journal des connaissances médicales pratiques , dans sa rubrique « Hygiène » présentait en 1876 une étude du Dr Des Barres sur « le rôle du vin dans la nutrition » A la page 348, on pouvait lire : « Ainsi, le bon vin permet de donner à l'homme une gaîté sobre et salubre, en raffermissant le travail musculaire , et en donnant de l'énergie aux fonctions digestives »[30]

Face à cette caution scientifique, largement détournée pour des intérêts économiques, les pouvoirs publics se sont longtemps contentés de réprimer les conséquences les plus flagrantes du mésusage de l'alcool.

## 2) La répression des troubles à l'ordre public est complétée par un volet éducatif.

En 1873, les lois Théophile Roussel réprimant l'ivresse publique sont promulguées. Puis, les représentants des ligues de tempérance réclament une action énergique du gouvernement en matière de lutte contre l'alcoolisme. En 1895, Raymond Poincaré, alors ministre de l'Instruction publique, instaure un enseignement sur les dangers de l'alcool « au point de vue de l'hygiène, de la morale, de l'économie sociale et politique » dans les programmes officiels, au même titre que le français et les mathématiques.

Des médecins viennent sensibiliser les instituteurs et introduisent dans les classes un matériel pédagogique adapté au programme. L'école devient le lieu principal de prévention de l'alcoolisme.

Ce tableau mural illustre les méthodes employées.



Figure 14 : « L'alcool, voilà l'ennemi », tableau mural contre l'alcoolisme par le Docteur Galtier-Boissière, Armand Colin, 1900 « source Gallica-Bnf »

Il reprend la distinction, infondée scientifiquement, entre boissons hygiéniques et alcools industriels. Jusqu'aux années 1950, seules les boissons distillées sont déconseillées.

Le corps médical français continue de croire, comme le docteur Galtier-Boissière, que les boissons fermentées sont hygiéniques et qu'on peut en encourager la consommation à raison d'un litre par jour.[31]

Les conséquences resteront longtemps perceptibles à l'école puisque c'est une circulaire de Pierre Mendes-France du 08/08/1956 qui interdira la distribution d'alcool dans les cantines scolaires aux élèves de moins de 14 ans. Pour les lycéens, cette interdiction n'interviendra qu'en 1981 par circulaire ministérielle où il est stipulé par un savoureux parallélisme avec Pasteur que « l'eau est la seule boisson hygiénique recommandable à table ».

### **3) La persistance d'une « caution scientifique » reste prégnante**

En 1992, le nutritionniste Serge Renaud et le cardiologue Michel de Lorgeril présentaient dans la revue « The Lancet » le French Paradox[32] : une consommation journalière de 2 à 3 verres standards pouvait réduire le risque de maladie coronarienne de 40 %. Des études plus récentes ont démontré les biais méthodologiques qui avaient abouti à ces conclusions (erreurs de classification des participants à l'étude incluant comme abstinentes de nombreuses personnes qui avaient réduit leur consommation ou arrêté de boire).[33]

Cette notion de boisson hygiénique attribuée au vin et à la bière apparaît encore dans une étude italienne parue fin 2011 dans *l'European Journal of Epidemiology* [34] reprise par le Pr Didier Raoult dans une interview au journal Le Point du 21/12/2011 [35] concluant que le vin dans certaines conditions améliorerait l'espérance de vie en protégeant en particulier des affections cardio-vasculaires si la consommation ne dépasse pas une bouteille par jour par personne. « C'est donc seulement à partir d'une bouteille de vin par jour que le risque cardio-vasculaire rejoint celui des non-buveurs. »

Cette vision longtemps discutée, a eu probablement un effet très ambivalent, chez les patients, mais également chez les médecins dans leur façon d'appréhender la consommation d'alcool voir de tolérer une consommation culturellement bien ancrée. D'autant plus que la filière viticole représente historiquement un volet important de l'économie française.

## **B) Pour des raisons économiques.**

### **1) un secteur riche en emplois et qui contribue au rayonnement culturel**

Bien que dépassée par l'Italie pour la production de vin, la filière viticole occuperait environ 500 000 personnes en 2018 selon la C.N.I.V. (Comité National des Interprofessions des Vins)[36]

Elu, personnalité de l'année 2022 par « La Revue du Vin de France », Emmanuel Macron rappelait dans son discours du 6 janvier 2022 l'importance du vin dans l'économie et l'identité françaises. Les vignerons exercent « des métiers d'art qui nous permettent de rayonner à travers le monde ».[37]

### **2) un secteur fleuron des exportations**

Le chiffre d'affaires à l'exportation a dégagé un excédent de 14,2 milliards d'euros en 2021 battant un record et se situant en 3ème position derrière l'aéronautique et le secteur de la chimie, parfums et cosmétiques.[38] Le solde est positif pour les vins et spiritueux mais négatif pour les bières.

### **3) les niveaux de taxation sont différents selon les produits.**

On retrouve dans la structure de la fiscalité française l'idée que le vin est une boisson moins nocive que les alcools distillés et primordial dans l'activité économique. A cet égard, la Cour des Comptes dans son rapport de 2016 notait que la fiscalité française était davantage orientée vers une protection de la production nationale que vers des objectifs de santé publique. [14]

La vente d'alcool génère ainsi des recettes fiscales importantes hors TVA (environ 4 milliards d'€ annuels) par le biais d'un droit de consommation très inégal selon la nature du produit et sans relation avec le volume d'alcool pur contenu. Les recettes fiscales apparaissent déconnectées des volumes consommés au contraire des pays nordiques et du Royaume Uni.. En France, le vin protégé par d'importants lobbys est moins taxé que les autres produits.

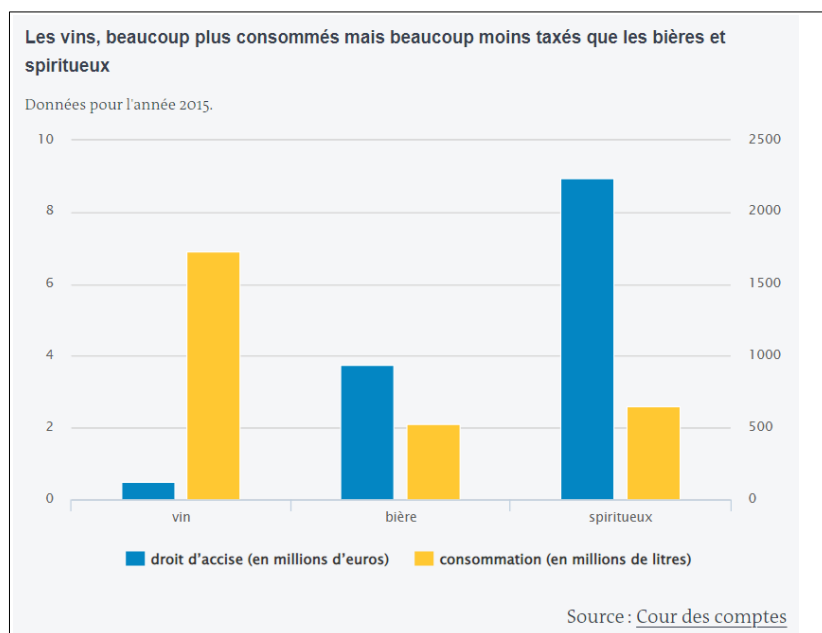


Figure 15 : fiscalité des boissons alcoolisées en 2015

### C) Pour des raisons sociologiques.

#### 1) La consommation d'alcool revêt un caractère convivial et initiatique.

Les groupes de pression économiques s'appuient également sur les pratiques culturelles françaises qui restent profondément ancrées sur la consommation de boissons alcoolisées. Le Pr Mickael NASSILA, président de la SFA souligne à cet égard [17] (.. la consommation d'alcool procure du plaisir et permet de se conformer à la norme sociale qui fait de l'alcool un vrai « lubrifiant social » et un acteur essentiel de notre culture et de notre économie...).

L'alcool est associé à la joie, à la fête, au bien-être et à la possibilité de se lâcher. Les gens semblent heureux quand ils boivent. Ils « s'éclatent ». Lever son verre « à la santé de » est caractéristique de la sociabilité associée à la consommation d'alcool. Le vin d'honneur, le verre de l'amitié, l'usage d'alcool lors des cérémonies de baptême et de mariage donnent l'image d'une incitation permanente. Les adultes sont les vecteurs d'une certaine forme de banalisation qu'on peut retrouver également dans le marketing (à consommer avec modération), dans la facilité d'approvisionnement (grande distribution, débits de boisson, stations service, boîtes de nuit, tourisme oenologique...).

L'enquête ARAMIS (Attitudes, Représentations, Aspirations et Motivations lors de l'Initiation aux Substances psychédéliques) [39] réalisée par l'ODFT en 2018 sous forme d'enquête en face à face auprès de deux cents mineurs notait le plaisir ressenti lors de la

première expérience de consommation dans un contexte festif avec des amis (souvent de l'alcool mélangé à du jus de fruits). Cette expérience sociale apparaissait comme un élément structurant des sociabilités juvéniles, un catalyseur de la fête permettant une désinhibition et facilitant les rapprochements. L'intégration au groupe est primordiale pour ne pas être affublé d'un « no life ». Seuls les interdits médicaux ou religieux permettent de s'exonérer de cette consommation.

## **2) La consommation d'alcool n'est pas perçue comme dangereuse.**

Le déni du risque est important malgré la fréquence des comas éthyliques évoqués. Certains allant jusqu'à élaborer des stratégies pour faire boire un camarade « peu résistant » à l'alcool.[40]

On retrouve ainsi l'opposition entre le buveur qui a la capacité à se maîtriser et à se contrôler malgré ce qu'il boit et le faible qui n'encaisse pas et «s'abîme la santé ». Celui qui « tient le coup » peut s'approprier la puissance de l'alcool en le maîtrisant. Il ne se laisse pas asservir par le breuvage. Cette maîtrise en donne une vision héroïque dont le cinéma est friand. [40]

Ce déni du risque était déjà souligné lors de l'enquête EROPP [42](Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes) réalisée par l'OFDT en 2018 auprès de 2000 adultes.. L'alcool était peu cité comme étant une drogue (28%) alors que le cannabis était cité par 88 %. De même l'alcool était jugé peu dangereux si la consommation est maîtrisée. 79 % la considéraient dangereuse seulement à partir du seuil de consommation quotidienne [41]. L'image conviviale de l'alcool était soulignée par l'idée qu'offrir de l'alcool constitue une règle de savoir-vivre pour 56 % des sondés.

## **3) La consommation reste banale chez les jeunes et l'approvisionnement facile.**

L'enquête ESCAPAD [42](Enquête sur la Santé et les Comportements lors de l'Appel de Préparation à la Défense) réalisée lors de la journée Défense et Citoyenneté à l'âge de dix-sept ans sur 39000 questionnaires et autant de filles que de garçons confirmait que l'adolescence est une période cruciale pour les comportements. A cette occasion, 85,7 %

reconnaissaient avoir consommé de l'alcool au cours de leur vie et 44 % avoir eu une API au cours du mois. L'étude statistique a révélé que l'usage régulier d'alcool (+ de 10 fois dans le mois) était plus élevé pour ceux dont l'un des parents consommait quotidiennement de l'alcool.

Néanmoins, malgré un niveau qui les place à la 1ère place en Europe (à 11 ans et 13 ans) les enquêtes sur l'expérimentation de l'alcool montrent un recul de l'âge de la découverte du produit[8] dans l'enquête Enclass de 2021 sur le niveau 3ème de collège.

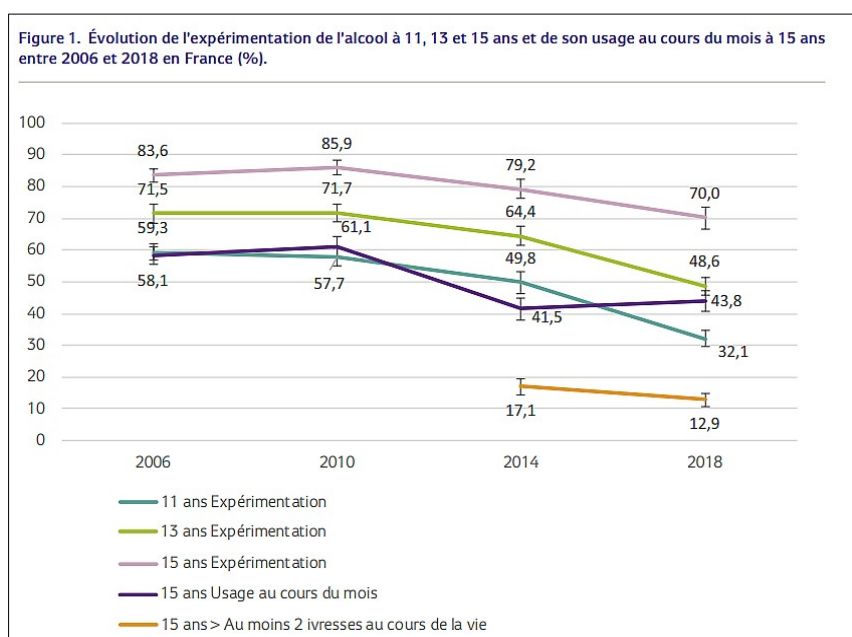


Figure 16 : évolution de l'expérimentation de l'alcool à 11,13 et 15 ans et son usage au cours du mois entre 2006 et 2018. Enquête Enclass.

Dans l'enquête ESCAPAD de 2017[42], l'interdiction de vente d'alcool aux mineurs effective depuis 2009 semblait peu efficace puisque 91 % de ceux ayant consommé dans le mois en avaient acheté en magasin et 77,5 % en avaient bu dans un débit de boissons.

Les conséquences sanitaires et sociales du mésusage de l'alcool, par leur ampleur, impactent nécessairement le travail du médecin généraliste. La lecture quotidienne de la

presse locale apporte un écho à cette situation par les faits divers relatés et liés au mésusage de l'alcool.

- accidents de la circulation, délits de fuite.

-violences conjugales

-rixes sur la voie publique, bagarres

Le médecin généraliste se trouve ainsi en première ligne face aux problèmes liés au mésusage de l'alcool.

## **VI) Le rôle du médecin généraliste apparaît central mais suscite des interrogations.**

### **A) Un professionnel reconnu par les patients et impliqué dans le dépistage du mésusage de l'alcool.**

#### **1) Le médecin généraliste est un professionnel de premier recours reconnu par les patients.**

Un lien particulier unit le médecin généraliste (autrefois appelé médecin de famille) et ses patients. Sa connaissance à travers un suivi de long terme, la confiance qui s'instaure entre eux dans la durée permet de nouer un dialogue plus approfondi.

C'est d'ailleurs le professionnel de santé de premier recours .82,5 % des personnes âgées de 18 à 75 ans ont consulté leur médecin généraliste dans les douze derniers mois selon le baromètre Santé Publique France de 2017.

L'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS) qui est un outil pluridisciplinaire explorant les relations entre l'état de santé, l'accès aux services de santé, l'accès à l'assurance publique et privée et le statut économique et social des individus enquêtés relevait en 2014 : « le médecin généraliste est en première ligne dans le dépistage du mésusage de l'alcool du fait de son activité et de sa proximité avec la population. » [43]

La confiance des patients envers leur médecin généraliste leur permet d'envisager, pour la plupart d'entre eux, que ce dernier évalue si leur consommation d'alcool est à risque et qu'ils sont disposés à recevoir des conseils à propos de leur consommation[44] et cette confiance implique que les patients n'aient pas honte de parler d'alcool (99,2 %) et trouvent leur médecin compétent dans ce domaine (100 %). [45]

## **2) Le médecin généraliste paraît impliqué dans le dépistage du mésusage de l'alcool.**

En 2008, 23 % des médecins généralistes déclaraient aborder au moins une fois avec leurs patients la consommation d'alcool en consultation.[46]

Des progrès importants sur ce point sont notés par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) qui a analysé le comportement et le point de vue des médecins généralistes : dans la vague de son panel d'observation menée de décembre 2019 à mars 2020, 43,0 % déclaraient effectuer un repérage systématique et renouvelé de l'usage d'alcool au sein de leur patientèle. [47]

Cette implication apparaît en phase avec les objectifs assignés à la médecine générale.

## **3) Le rôle majeur du médecin généraliste dans sa dimension préventive.**

Les institutions sanitaires donnent au médecin généraliste un rôle pivot dans la prévention du mésusage d'alcool. L'organisation mondiale des médecins généralistes (WONCA) insiste sur ce rôle de prévention. « L'information et la détection des personnes en mésusage d'alcool s'inscrivent parfaitement dans le rôle de prévention du médecin généraliste. »[48]

La SFA pointait également ce rôle dans ses recommandations en 2015 : « le repérage d'un mésusage d'alcool est efficace et pertinent en médecine générale »[12]

De même, la Haute Autorité de Santé [49] et les études soulignent l'enjeu de la prévention.

« L'enjeu du repérage précoce de ces consommations est de limiter les conséquences néfastes sur la santé du patient (morbidité/décès) et son environnement (difficultés financières, rejet de l'entourage...), en parallèle des campagnes de sensibilisation. Ainsi, la HAS recommande d'effectuer chez tous les patients une évaluation de la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis au moins une fois par an, et lors des situations considérées à risque (grossesse, stress important, précarité, conduite de véhicule...) »

Une étude de 2020 [45] confirme cet enjeu.« Le repérage des patients ayant une consommation d'alcool à risque, c'est-à-dire supérieure aux seuils définis par les autorités de santé ou associée à une situation particulière (prise de psychotropes, pathologie organique, conduite de véhicule, grossesse), représente un enjeu important en soins premiers. »

#### **4) Le médecin généraliste pivot de la prise en charge du patient.**

Le second plan cancer qui couvrait les années 2009-2013 mettait en exergue le fait que les médecins généralistes, étaient le mieux placés pour réaliser efficacement le repérage des expositions aux risques de cancer et conseiller les patients sur les moyens de réduire leur risque d'exposition et insistait aussi sur la nécessité de remettre le médecin traitant au cœur des dépistages (individuels ou dans le cadre du dépistage organisé), en soulignant que son implication restait encore très variable selon le type de dépistage : il rappelait que le médecin généraliste devait jouer un rôle pivot en prévention en rapport avec le développement d'une nouvelle discipline à la fin des années 1990, l'addictologie. Celle-ci a contribué à donner une place importante à la prise en compte de l'alcool comme facteur de risque individuel, appelant des modes de prise en charge spécifiques en deux temps. Tout d'abord, un repérage précoce des consommations à risque (en particulier grâce aux médecins généralistes) puis une orientation vers une structure spécialisée. Cette démarche provoquant un effet de levier positif. Le seul fait de poser la question de la consommation produisant des effets préventifs,

Ce développement d'une approche centrée sur les comportements plutôt que sur les produits s'est traduit par la mise en place de centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) instaurés par la loi du 2 janvier 2002 et dont les missions ont été précisées par le décret du 14 mai 2007. Il a sans aucun doute influé sur la pratique des médecins généralistes. Car si une étude de 2011[50] soulignait que seulement 13 % des médecins avaient recours à des questionnaires standardisés pour repérer les consommations problématiques d'alcool, cette pratique apparaissait néanmoins en très forte hausse depuis 1998 (1,4 % en 1998, 2,0 % en 2003) et surtout s'avérait plus fréquente parmi les médecins qui appartenaient à un réseau d'addictologie,

Le repérage du mésusage d'alcool est la première étape d'un parcours de soin nécessitant le plus souvent la mise en place d'un travail en réseau.

« Le médecin généraliste est communément le premier recours du patient lorsqu'il présente un problème de santé. ... Le médecin généraliste a également une fonction d'orientation puisque la prise en charge des maladies addictives est bien souvent multidisciplinaire et s'articule en réseau. Ainsi, 91% des médecins généralistes déclarent avoir contacté un CSAPA (Centre de soins d'accompagnement et de prévention en alcoologie) ou un service hospitalier spécialisé durant l'année précédente » [47]

Bien que des progrès notables apparaissent dans les pratiques de dépistage du mésusage d'alcool, des insuffisances sont régulièrement relevées.

## **B) Une trop faible implication du médecin généraliste est encore relevée.**

### **1) Du point de vue des institutions.**

Le rapport de la Cour des comptes de 2016 [14] pointait la faible implication de la médecine de premier recours dans la prise en charge des patients présentant des consommations excessives et des pathologies liées à l'alcool, notamment de la médecine générale, mais aussi la dispersion des prises en charge spécialisées et l'articulation souvent insuffisante entre les filières médicales et médico-sociales. Ainsi, un sondage effectué par l'IFOP (Institut Français d'Opinion Publique) pour la Cour montrait que deux tiers des médecins généralistes interrogés ne connaissaient pas le dispositif du RPIB (repérage précoce et intervention brève) et que seulement 2 % d'entre eux le pratiquaient de manière formalisée.

Plusieurs études soulignent encore les insuffisances du dépistage. La plupart des patients en difficulté avec l'alcool ne sont pas reconnus comme tels par leur médecin généraliste. Les analyses biochimiques conçues pour détecter les alcoolisations excessives recherchent les enzymes hépatiques mais ne sont pas utiles pour le dépistage car leur sensibilité est faible et ne permet de dépister qu'un faible pourcentage des patients ayant une consommation dangereuse et problématique. [50]

Une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) [51] réalisée à hôpital et en ambulatoire a montré une discordance entre les déclarations des patients sur leur consommation d'alcool et l'avis de leur médecin sur l'existence ou non d'un problème d'alcool. Dans la majorité des cas, le patient était considéré comme « usager à risque » par des questionnaires de dépistage standardisés mais « sans problème d'alcool » par le médecin (hospitalier ou ambulatoire).

### **2) Du point de vue des patients.**

La question du dépistage du mésusage d'alcool semble peu discutée en consultation montrant une discordance avec les déclarations des médecins.

Dans le Baromètre cancer 2021 [5], 5,4 % des 15-85 ans déclaraient que la question de l'alcool avait été abordée avec un professionnel de santé (médecin, infirmier..) au cours des 12 derniers mois (mais 12 % chez les buveurs quotidiens)

Une enquête auprès des patients effectuée en 2020 soulignait que le repérage de la consommation d'alcool à risque était peu effectué par le médecin généraliste, une minorité de patients pensant que leur praticien connaissait leur consommation. La majorité des patients déclaraient que leur médecin généraliste ne leur posait pas de questions sur la consommation d'alcool lors des premières consultations (86,1 %) ni au cours du temps (83,3 %). Seuls 4,2 % des patients avaient déjà parlé d'eux-mêmes d'alcool à leur praticien.[46]

De plus, bien que l'alcool soit la deuxième cause de cancers, seul un tiers des Français le citent spontanément comme l'une des principales causes. Cette sous-estimation nécessiterait que les risques sanitaires liés à l'alcool dès de faibles quantités consommées soient davantage explicités.[19]

### **3) Les conséquences des insuffisances au niveau du dépistage sont lourdes.**

Les consommateurs excessifs d'alcool restent donc insuffisamment repérés par le médecin généraliste, qui n'identifie souvent l'alcool que comme comorbidité associée, les complications passant alors au premier plan ; le diagnostic de mésusage est ainsi posé de façon trop tardive [52 ]. Le repérage des usagers à risque, par définition asymptomatiques, représente donc un enjeu important de santé publique.

Par conséquent, pour avoir une baisse importante de la morbi-mortalité attribuable à la consommation d'alcool, l'incitation au dialogue avec le patient sur son niveau de consommation d'alcool et les conséquences pour sa santé pourrait être encouragée et systématiquement préconisée lors de la consultation .[19]

Entre le rôle central dévolu au médecin généraliste dans le dépistage du mésusage d'alcool et sa trop faible implication encore relevée dans les études et enquêtes mentionnées, j'ai souhaité étudier le ressenti des médecins généralistes picards face à ce dépistage et les obstacles qui subsistent à son développement.

## **VII- Matériel et méthodes**

### **A) Type d'étude**

Cette étude était une étude observationnelle multicentrique descriptive et quantitative. Le critère de jugement principal était de déterminer les freins au dépistage du mésusage d'alcool lors des consultations en médecine générale.

### **B) Matériel**

#### **1) Création du questionnaire**

Le questionnaire était composé de 2 parties (Annexe 1). La première portait sur le profil des médecins généralistes : leur sexe, leur âge, leur mode d'exercice... La deuxième partie interrogeait sur le dépistage du mésusage d'alcool : sa réalisation, les freins perçus...

Le questionnaire comportait 24 questions fermées dont 18 à choix simples et 6 à choix multiples. Certaines questions sont proches de certaines questions de questionnaires de thèse portant sur le mésusage d'alcool, que j'ai trouvés pertinentes et contributives .

Le questionnaire a été réalisé sur Google form afin d'être diffusé par internet.

Il a été relu par un proche pour la syntaxe et l'orthographe et envoyé à mon directeur de thèse pour validation avant diffusion. Cela a permis de vérifier la compréhension des questions et des propositions.

#### **2) Population étudiée**

La population cible du questionnaire était les médecins généralistes exerçant en Picardie sans limite d'âge, ou de mode d'exercice.

### **C) Déroulement de l'enquête**

#### **1) Diffusion du questionnaire**

Le questionnaire a été diffusé via un lien internet par le biais d'un groupe Facebook regroupant des médecins généralistes installés et remplaçants de Picardie (groupe PICAGJIR), par le biais du conseil de l'Ordre de l'Aisne, du collectif associatif Médecins pour demain, ainsi que par la coordonnatrice de la CPTS NORD-AISNE qui l'a diffusé à l'ensemble des CPTS picardes.

Le conseil de l'Ordre de la Somme et de l'Oise n'ont pas donné suite à mon mail de contact.

La diffusion s'est déroulée en 3 temps : une première diffusion en novembre 2022 via le groupe Facebook de Picagjir, la deuxième en janvier 2023 par le biais de la CPTS NORD-AISNE et la troisième diffusion par contact avec les Ordres départementaux des médecins et le groupe Médecin pour demain en mars 2023.

Le lien internet diffusé, envoyait directement le lecteur sur la page du questionnaire.

## 2) Traitement des données et analyse statistique

Les réponses au questionnaire ont été enregistrés dans une base de données Excel. Les variables collectées sont toutes catégoriques, il n'y en a aucune continue. Ainsi, les caractéristiques des patients ont été décrites par effectifs et pourcentages. Elles ont été comparées selon qu'il y ait un dépistage ou non, à l'aide du test paramétrique du chi2 et à défaut du test non paramétrique de Fisher. Le seuil de significativité retenu est  $p < 0,05$ . Les données ont été analysées à l'aide du logiciel de statistique R version 4,2,0.

## VIII- Résultats

### A) Population de l'étude.

Le nombre total de réponses est de 60. L'ensemble des réponses ont été incluses.

Les caractéristiques démographiques de la population d'étude sont présentées dans le tableau 1. La population était en majorité féminine avec 45 réponses (75%) contre 15 réponses masculines (25%).

	Caractéristiques	Effectif
<b>Sexe</b>	Hommes	15 (25%)
	Femmes	45 (75%)
<b>Age</b>	[25-34]	24 (40%)
	[35- 44]	22 (36,7%)
	[45-54]	6 (10%)
	[55-64]	5 (8,3%)
	[65 et plus]	3 (5%)
<b>Mode d'exercice</b>	Libéral	39 (65%)
	Remplaçant	18 (30%)
	Médecin généraliste associé	2 (3,3%)
	Salariat	1 (1,7%)
	Seul	10 (16,7%)
	Groupe de médecins généralistes	27 (45%)
	Maison de santé pluriprofessionnelle	20 (33,3%)
	Autre	3 (5%)

<b>Lieu d'exercice</b>	Rural Semi-rural Urbain	19 (31,7%) 29 (48,3%) 12 (20%)
<b>Temps de consultation</b>	10 minutes 15 minutes 20 minutes	9 (15%) 45 (75%) 6 (10%)
<b>Temps d'exercice</b>	Moins de 10 ans 10 à 19 ans 20 à 29 ans 30 à 39 ans Plus de 40 ans	39 (65%) 7 (11,7%) 7 (11,7%) 5 (8,3%) 2 (3,3%)
<b>Formation en addictologie</b>	Non Stage d'externat Stage d'internat Enseignement post universitaire Développement professionnel continu Diplôme universitaire	55 (88,3%) 2 (3,3%) 5 (8,3%) 1 (1,7%) 1 (1,7%) 1 (1,7%)
<b>Intérêt porté à l'addictologie</b>	Non Oui Ne se prononce pas	23 (38,3%) 22 (36,7%) 15 (25%)

Tableau 6 : Caractéristiques socio-démographiques de la population médicale interrogée

La tranche d'âge majoritaire des médecins ayant répondu à l'enquête était comprise entre 25 et 44 ans avec 24 (40%) médecins entre 25 et 34 ans et 22 (36,67%) médecins entre 35 et 44 ans.

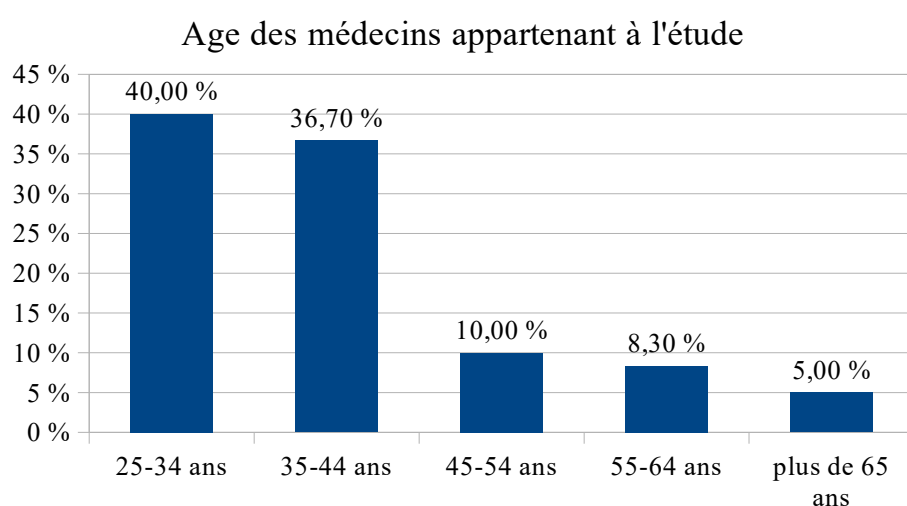


Figure n° 17 : Représentation des tranches d'âges des médecins généralistes répondant au questionnaire (exprimé en pourcentage)

Concernant le mode d'exercice : 65% exercent en libéral (39 réponses), 30% sont remplaçants (18), 3,3% sont médecin généraliste associé (2) et 1 personne est salariée. 16,7% exercent seul soit 10 participants de l'étude, 45% exercent en groupe de médecins généralistes (27 personnes), 33,3% en MSP (20) et 5% en autre mode d'exercice (3) telle que la PMI par exemple.

Les différents lieux d'exercice sont bien représentés avec 48,3% de médecins généralistes en semi-rural (29), 31,7% en rural (19) et 20% en zone urbaine (12).

A la question n°12 du questionnaire, 33 participants ont déclaré dépister régulièrement (à chaque consultation, régulièrement, tous les ans) et 26 ont déclaré ne pas dépister régulièrement (à la première consultation uniquement, rarement, jamais).

	<b>Ne dépiste pas régulièrement</b>	<b>Dépiste régulièrement</b>	<b>P</b>
<b>Groupe de médecins généralistes</b>	42,3 %	45,5 %	0,8362
<b>Maison de santé pluridisciplinaire</b>	34,6 %	33,3 %	
<b>PMI</b>	3,8 %	0 %	
<b>Médecin installé seul</b>	15,4 %	18,2 %	
<b>Exercice Libéral</b>	61,5 %	66,7 %	0,8278
<b>Médecin généraliste associé</b>	3,8 %	3 %	
<b>Remplaçant</b>	30,8 %	30,3%	
<b>Salariat</b>	3,8 %	0 %	

*Tableau 7 : analyse univariée du dépistage régulier en fonction du lieu d'exercice et du mode d'exercice.*

Il n'existe pas de différence statistiquement significative de dépistage selon le lieu et le mode d'exercice (tableau4).

Les autres critères démographiques n'ont pas montré de différence statistiquement significative sur le fait de dépister ou non le mésusage d'alcool chez leurs patients.

Parmi les participants à l'étude les temps de consultation étaient majoritairement de 15 minutes (75% soit 45 réponses).

88,3% des personnes répondant au questionnaires, soit 50 médecins généralistes, n'ont pas de formation en addictologie. 3,3% ont réalisé un stage d'externat en lien avec ce domaine (2 médecins), 8,3% un stage d'internat (5 médecins), et enfin 1 médecin soit 1,7% a réalisé un enseignement post universitaire, un développement professionnel continu ou un diplôme universitaire.

## **B) Intérêts et pratique du dépistage du mésusage d'alcool**

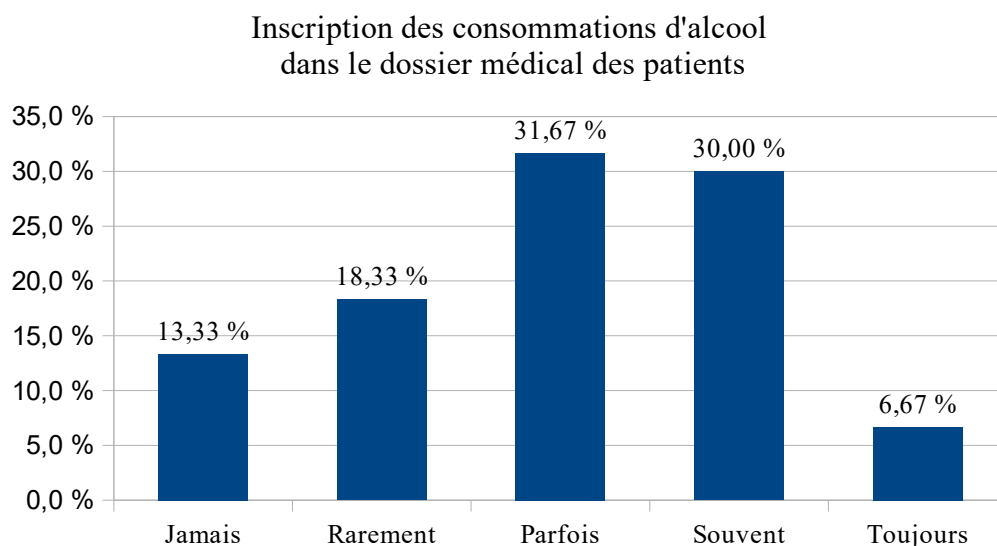
### **1) Intérêt des médecins généralistes picards pour l'addictologie**

36,7% des participants de l'étude (22 médecins) ont déclaré être intéressés par le domaine de l'addictologie, contre 38,3% (23 médecins) qui ont déclaré ne pas s'intéresser à cette partie de la médecine. 25% des répondants ne se prononcent pas.

### **2) Différentes pratiques de dépistage du mésusage d'alcool**

55% des dépistages du mésusage d'alcool sont à l'initiative du médecin traitant (33 réponses).

Seul un médecin généraliste interrogé dépiste le mésusage d'alcool à chaque consultation (1,67%), 5% le font uniquement à la première consultation (3 médecins), 31,67% dépistent régulièrement (n = 19), 21,66% de manière annuelle (n = 13) et 38,33% le font rarement (n = 23).



*Figure 18 : Inscription des consommations d'alcool dans le dossier médical, exprimée en pourcentage.*

Les points d'appels responsables du dépistage du mésusage d'alcool les plus fréquemment retrouvés sont : les femmes enceintes (63 % des répondants), selon l'intuition du médecin (73,3%), selon l'examen clinique ou biologique (93,3%).

Il n'existe pas de différence statistiquement significative pour le dépistage du mésusage d'alcool entre les médecins qui dépistent régulièrement ou non en fonction de leur intuition ou de la demande d'un proche.

A contrario, il existe une différence statistiquement significative pour le dépistage des femmes enceintes, des femmes en âge de procréer, des personnes âgées, selon les résultats d'examen clinique ou biologique, ou le fait de dépister systématiquement à la première consultation, selon que le médecin dépiste régulièrement ou non.

	<b>Ne dépiste pas régulièrement</b>	<b>Dépiste régulièrement</b>	<b>P</b>
<b>Femmes enceintes</b>			
Jamais	23,1 %	0 %	0,0159
Rarement	3,8 %	15,2 %	
Parfois	7,7 %	24,2 %	
Souvent	19,2 %	18,2 %	
Toujours	46,2 %	42,4 %	
<b>Femmes en âge de procréer</b>			
Jamais	38,5 %	6,1 %	0,0277
Rarement	11,5 %	24,2 %	
Parfois	23,1 %	42,4 %	
Souvent	19,2 %	21,2 %	
Toujours	7,7 %	6,1 %	
<b>Personnes âgées</b>			
Jamais	30,8 %	3 %	0,0126
Rarement	26,9 %	33,3 %	
Parfois	34,6 %	45,5 %	
Souvent	3,8 %	18,2 %	

	<b>Ne dépiste pas régulièrement</b>	<b>Dépiste régulièrement</b>	<b>P</b>
Toujours	3,8 %	0 %	
<b>Selon l'intuition du médecin</b>			
Jamais	3,8 %	0 %	0,2266
Rarement	0 %	0 %	
Parfois	30,8 %	18,2%	
Souvent	53,8 %	54,5 %	
Toujours	11,5 %	27,3 %	
<b>Selon l'examen clinique ou biologique</b>			
Jamais	3,8 %	0 %	0,0492
Rarement	3,8 %	0 %	
Parfois	3,8 %	3 %	
Souvent	46,2 %	24,2 %	
Toujours	42,3%	72,7 %	
<b>De manière systématique à la 1ère consultation</b>			
Jamais	30,8 %	3 %	0,0146
Rarement	26,9 %	15,2 %	
Parfois	15,4 %	24,2 %	
Souvent	11,5 %	33,3%	
Toujours	15,4 %	24,2 %	
<b>A la demande de l'entourage</b>			
Jamais	3,8 %	3 %	0,1486
Rarement	23,1 %	12,1 %	
Parfois	26,9 %	45,5 %	
Souvent	38,5 %	18,2 %	
Toujours	7,7 %	21,2 %	

*Tableau 8 : analyse univariée du dépistage régulier ou de l'absence de dépistage régulier selon les différentes catégories de patients ou situations pouvant amener à dépister le mésusage d'alcool.*

Aucun critère socio-démographique n'a démontré une différence statistiquement significative dans le dépistage du mésusage d'alcool par les médecins généralistes qui dépistent régulièrement ou non (tableau 6).

	<b>Ne dépiste pas régulièrement</b>	<b>Dépiste régulièrement</b>	<b>P</b>
<b>Mineur &lt; 18 ans</b>			
Oui	26,9 %	12,1 %	0,1873
Non	73,1 %	87,9 %	
<b>Personne âgées &gt;60 ans</b>			
Oui	11,5 %	15,2 %	1
Non	88,5%	84,8 %	
<b>Femme</b>			
Oui	7,7 %	9,1 %	1
Non	92,3 %	90,9 %	
<b>Homme</b>			
Oui	76,9%	69,7 %	0,7452
Non	23,1 %	30,3 %	
<b>Personne isolée, veuve</b>			
Oui	38,5 %	57,6 %	0,2318
Non	61,5 %	42,4 %	
<b>Consommation d'autre drogue</b>			
Oui	96,2 %	81,8 %	0,1211
Non	3,8 %	18,2 %	
<b>Chômage</b>			
Oui	30,8 %	66,7 %	1
Non	69,2 %	33,3 %	
<b>Milieu défavorisé</b>			
Oui	53,8 %	48,5 %	0,8834
Non	46,2 %	51,5 %	
<b>Milieu aisé</b>			
Oui	3,8 %	15,2 %	0,2148

	Ne dépiste pas régulièrement	Dépiste régulièrement	P
Non	96,2 %	84,8 %	
<b>Mésusage d'alcool dans l'entourage</b>			
Oui	57,7 %	63,6 %	0,8447
Non	42,3 %	36,4 %	

Tableau 9 : analyse univariée du dépistage ou de l'absence de dépistage du mésusage d'alcool en fonction de critères socio-démographiques.

### 3) L'utilisation d'outils de dépistage

78,3% des médecins interrogés n'utilisent pas de questionnaires standardisés pour le dépistage du mésusage d'alcool. Parmi les 21,7% utilisant les questionnaires : 38,1% utilisent le questionnaire AUDIT, 38,1% l'AUDITc et 23,8% le questionnaire FACE.

Il existe des différences statistiquement significatives pour l'utilisation des questionnaires selon le mode d'exercice, le lieu d'exercice, la durée des consultations et le type de patients interrogés (femmes enceintes et en âge de procréer) (tableau7).

	Aucun questionnaire	Questionnaire standardisé	P
<b>Mode d'exercice</b>			
Exercice libéral	74,5 %	30,8 %	0,0033
Médecin généraliste associé	4,3 %	0 %	
Remplaçant	21,3 %	61,5 %	
Salariat	0 %	7,7 %	
<b>Lieu d'exercice</b>			
Groupe de médecins généralistes	51,1 %	23,1 %	0,0281
Maison de santé	27,7 %	53,8 %	
PMI	0 %	7,7 %	
Seul	19,1 %	7,7 %	
Selon le remplacement	2,1 %	7,7 %	

Profil des patients interrogés	Aucun questionnaire	Questionnaire standardisé	P
<b>Femme enceinte</b>			

<b>Profil des patients interrogés</b>	<b>Aucun questionnaire</b>	<b>Questionnaire standardisé</b>	<b>P</b>
Jamais	12,8 %	0 %	0,0336
Rarement	12,8 %	0 %	
Parfois	21,3 %	0 %	
Souvent	19,1 %	23,1 %	
Toujours	34 %	76,9 %	
<b>Femme en âge de procréer</b>			
Jamais	23,4 %	7,7 %	0,039
Rarement	21,3 %	7,7 %	
Parfois	34 %	30,8 %	
Souvent	12,8 %	53,8 %	
Toujours	8,5 %	0 %	
<b>Personnes âgées</b>			
Jamais	14,9 %	15,4 %	0,3035
Rarement	23,4 %	53,8 %	
Parfois	44,7 %	23,1 %	
Souvent	14,9 %	7,7 %	
Toujours	2,1 %	0 %	
<b>Selon l'intuition</b>			
Jamais	2,1 %	0 %	1
Rarement	0 %	0 %	
Parfois	25,5 %	23,1 %	
Souvent	53,2 %	53,8 %	
Toujours	19,1 %	23,1 %	
<b>Selon l'examen clinique</b>			
Jamais	0 %	7,7 %	0,2289
Rarement	2,1 %	0 %	
Parfois	2,1 %	7,7 %	
Souvent	29,8 %	46,2 %	
Toujours	66 %	38,5 %	
<b>A la 1ère consultation</b>			

Profil des patients interrogés	Aucun questionnaire	Questionnaire standardisé	P
Jamais	19,1 %	0 %	0,2289
Rarement	14,9 %	38,5 %	
Parfois	21,3 %	23,1 %	
Souvent	25,5 %	15,4 %	
Toujours	19,1 %	23,1 %	
<b>A la demande d'un proche</b>			0,3183
Jamais	2,1 %	7,7 %	
Rarement	30,8 %	30,8 %	
Parfois	36,2 %	38,5 %	
Souvent	29,8 %	15,4 %	
Toujours	19,1 %	7,7 %	

Tableau 10 : analyse univariée de l'utilisation de questionnaires en fonction du profil de patient ou de la situation

#### 4) Priorité et légitimité du dépistage du mésusage d'alcool en médecine générale

33,3% des médecins généralistes interrogés estiment que le médecin généraliste peut dépister le mésusage d'alcool mais qu'il n'est pas le mieux placé pour le faire.

65% du panel pensent que le médecin généraliste est le professionnel de santé le mieux placé pour effectuer ce dépistage. Enfin, seul 1,7% des interrogés estime que ce n'est pas son rôle.

Ces réponses sont en adéquation avec les réponses données à la question de la priorité du dépistage du mésusage d'alcool : 59,3% estiment que c'est une priorité importante et 5,1% que c'est très important : soit près de 2/3 des réponses.

32,3% pensent que le dépistage est peu important en médecine générale, et même 3,4% pensent que ce n'est pas du tout important.

Il existe une différence statistiquement significative entre la légitimité ressentie par le médecin et le fait de dépister régulièrement.

A l'inverse l'attitude à adopter face à un mésusage d'alcool en fonction du fait d'effectuer le dépistage du mésusage d'alcool régulièrement chez leurs patients n'est pas statistiquement significatif (tableau 8).

	Ne dépiste pas régulièrement	Dépiste régulièrement	P
<b>Légitimité ressentie dans le dépistage du mésusage d'alcool</b>			
Toujours	16 %	45,5 %	0,0167
Souvent	28 %	33,3 %	
Parfois	48 %	21,2 %	
Rarement	8 %	0 %	
Jamais	0 %	0 %	
<b>Réaction à adopter face à un mésusage d'alcool</b>			
Oui toujours	4 %	6,1 %	0,667
Oui souvent	36 %	45,5 %	
Parfois	44 %	42,4 %	
Non jamais	16 %	0 %	

*Tableau 11 : analyse univariée de la légitimité ressentie à dépister le mésusage d'alcool et de la réaction à adopter face à un mésusage.*

### **5) La consommation d'alcool personnelle des médecins et le tabou ressenti.**

La majorité des médecins généralistes répondant au questionnaire estime que sa propre consommation d'alcool n'influence pas sa prise en charge des patients présentant un mésusage d'alcool (figure 3).

■ influence de sa consommation d'alcool sur la prise en charge des patients

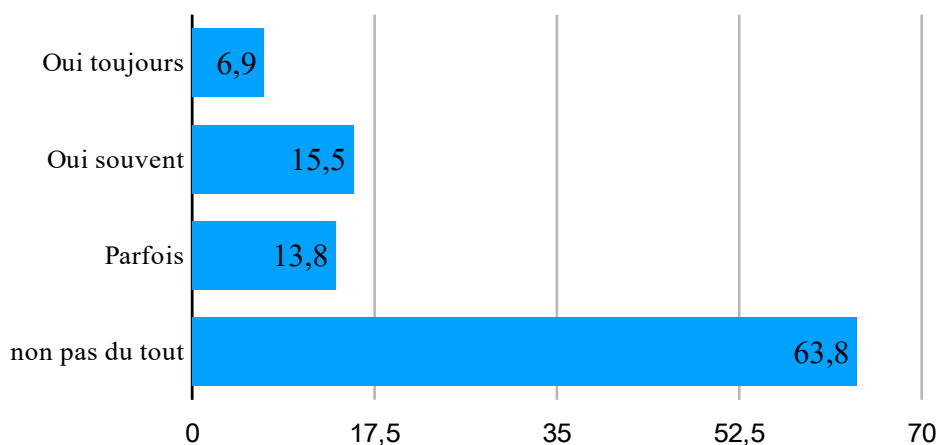


Figure 19 : Influence de la consommation d'alcool des médecins généralistes dans la prise en charge du mésusage d'alcool de leurs patients, exprimée en pourcentage.

Il n'existe pas de différence statistiquement significative sur le fait de dépister le mésusage d'alcool et le ressenti de la consommation d'alcool comme un tabou ou non (tableau 9).

	Ne dépiste pas régulièrement	Dépiste régulièrement	P
<b>Consommation d'alcool = tabou avec le patient</b>			
Non jamais	36 %	45,5 %	0,6795
Parfois selon le patient	52%	48,5 %	
Oui souvent	12 %	6 %	
Oui toujours	0 %	0 %	

Tableau 12 : analyse univariée du ressenti comme tabou, le sujet de la consommation d'alcool

### 6) Les freins au dépistage du mésusage d'alcool

	Méconnaissance des réseaux pour aide à la prise en charge		Crainte de nuire à la relation médecin/patient		Réticence de prise en charge par le médecin		Crainte de ne plus voir le patient	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
<b>Genre</b>	P = 0,5168		P = 0,0955		P = 1		P = 1	
<b>Femme</b>	33,3 %	66,7 %	20 %	80 %	8,9 %	91,1 %	2,2 %	97,8 %

	Méconnaissance des réseaux pour aide à la prise en charge		Crainte de nuire à la relation médecin/patient		Réticence de prise en charge par le médecin		Crainte de ne plus voir le patient	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
<b>Homme</b>	<b>20 %</b>	<b>80 %</b>	<b>0 %</b>	<b>100 %</b>	<b>6,7 %</b>	<b>93,3 %</b>	<b>0 %</b>	<b>100 %</b>
<b>Tranche d'âge</b>	<b>P= 0,4986</b>		<b>P= 0,5092</b>		<b>P = 0,2117</b>		<b>P = 0,6</b>	
<b>25 - 34 ans</b>	<b>37,5 %</b>	<b>62,5 %</b>	<b>25 %</b>	<b>75 %</b>	<b>12,5 %</b>	<b>87,5 %</b>	<b>0 %</b>	<b>100 %</b>
<b>35-44 ans</b>	<b>22,7 %</b>	<b>77,3 %</b>	<b>9,1 %</b>	<b>90,9 %</b>	<b>0 %</b>	<b>100 %</b>	<b>4,5 %</b>	<b>95,5 %</b>
<b>45-54 ans</b>	<b>50 %</b>	<b>50 %</b>	<b>16,7 %</b>	<b>83,3 %</b>	<b>16,7 %</b>	<b>83,3 %</b>	<b>0 %</b>	<b>100 %</b>
<b>55-64 ans</b>	<b>20 %</b>	<b>80 %</b>	<b>0 %</b>	<b>100 %</b>	<b>20 %</b>	<b>80 %</b>	<b>0 %</b>	<b>100 %</b>
<b>Plus de 65 ans</b>	<b>0 %</b>	<b>100 %</b>	<b>0 %</b>	<b>100 %</b>	<b>0 %</b>	<b>100 %</b>	<b>0 %</b>	<b>100 %</b>
<b>Expérience</b>	<b>P = 0,2152</b>		<b>P = 0,9459</b>		<b>P = 0,5264</b>		<b>P = 0,35</b>	
<b>Moins de 10 ans</b>	<b>33,3 %</b>	<b>66,7 %</b>	<b>17,9 %</b>	<b>82,1 %</b>	<b>7,7 %</b>	<b>92,3 %</b>	<b>0 %</b>	<b>100 %</b>
<b>10-19 ans</b>	<b>14,3 %</b>	<b>85,7 %</b>	<b>14,3 %</b>	<b>85,7 %</b>	<b>0 %</b>	<b>100 %</b>	<b>14,3 %</b>	<b>85,7 %</b>
<b>20-29 ans</b>	<b>57,1 %</b>	<b>42,9 %</b>	<b>14,3 %</b>	<b>85,7 %</b>	<b>14,3 %</b>	<b>85,7 %</b>	<b>0 %</b>	<b>100 %</b>
<b>30-39 ans</b>	<b>0 %</b>	<b>100 %</b>	<b>0 %</b>	<b>100 %</b>	<b>20 %</b>	<b>80 %</b>	<b>0 %</b>	<b>100 %</b>
<b>Plus de 40 ans</b>	<b>0 %</b>	<b>100 %</b>	<b>0 %</b>	<b>100 %</b>	<b>0 %</b>	<b>100 %</b>	<b>0 %</b>	<b>100 %</b>

*Tableau 13 : analyse univariée des freins ressentis au dépistage du mésusage d'alcool en fonction des caractères socio-démographiques des médecins interrogés*

D'après les réponses au questionnaire, on remarque une absence de différence statistiquement significative sur l'ensemble des freins au dépistage du mésusage d'alcool proposé selon la tranche d'âge, le genre ou les années d'expériences.

Certains freins sont quasi unanimement exclus : la crainte de ne plus voir le patient est rejetée par 59 répondants sur 60 soit 98,33% des participants, quelque soient les années d'expérience professionnelle, la tranche d'âge des médecins ou le genre du praticien médical.

Les principaux freins ressentis au dépistage du mésusage d'alcool sont :

- pour 66,7%, un manque de fiabilité de la déclaration du patient

- pour 63,3% une réticence de la prise en charge de la part du patient
- pour 55% le mutisme du patient
- pour 55% le manque de temps en consultation
- pour 45% le manque de formation
- pour 43,3% la présence d'un tiers lors des consultations
- pour 30% la crainte de la réaction des patients
- pour 30 % la méconnaissance ou l'absence de réseau pour l'aide à la prise en charge.

## 7) Les facteurs facilitants du dépistage du mésusage d'alcool

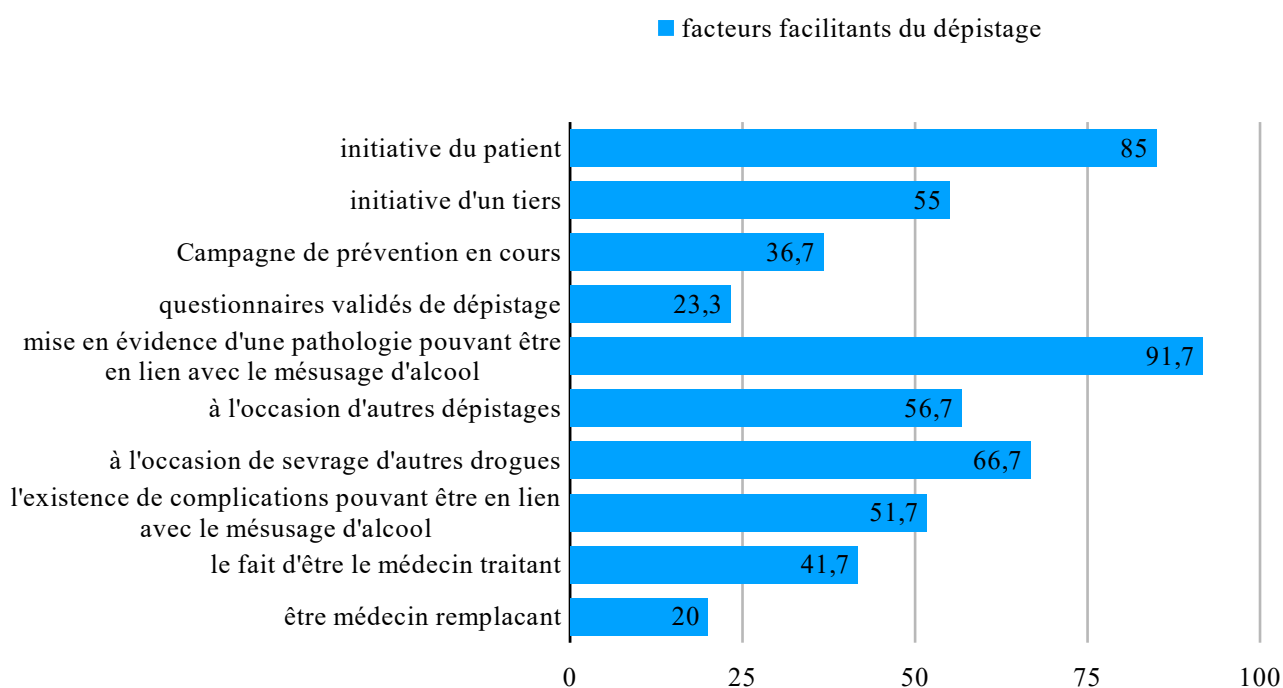


Figure 20 : facteurs facilitants du dépistage du mésusage d'alcool, exprimés en pourcentage

Pour une grande majorité des médecins ayant répondu au questionnaire, le facteur facilitant le plus important est la découverte d'une pathologie pouvant être en lien avec le mésusage d'alcool. Également, l'initiative du patient de parler de son mésusage facilite le dépistage.

Il existe une différence statistiquement significative sur certains facteurs facilitants selon l'habitude de pratique des médecins généralistes : l'initiative du patient de parler de son mésusage, et le dépistage concomitant d'autres drogues sont considérés comme des facteurs facilitant pour les médecins dépistant régulièrement (Tableau 11).

<b>Facteurs facilitants</b>	<b>Ne dépiste pas régulièrement</b>	<b>Dépiste régulièrement</b>	<b>P</b>
<b>Initiative du patient</b>			
Oui	73,1 %	93,9 %	0,0351
Non	26,9 %	6,1 %	
<b>Initiative d'un tiers</b>			
Oui	69,2 %	42,4 %	0,0737
Non	30,8 %	57,6 %	
<b>Campagne de prévention</b>			
Oui	30,8 %	42,4 %	0,517
Non	69,2 %	57,6 %	
<b>Questionnaires validés de dépistage</b>			
Oui	23,1 %	24,2 %	1
Non	76,9 %	75,8 %	
<b>Mise en évidence d'une pathologie pouvant être en lien</b>			
Oui	84,6 %	97 %	0,1591
Non	15,4 %	3 %	
<b>Dépistage d'autres drogues</b>			
Oui	30,8 %	75,8 %	0,0014
Non	69,2 %	24,2 %	
<b>Complications socio-professionnelles</b>			
Oui	42,3 %	60,6 %	0,2564
Non	57,7 %	39,4 %	
<b>Etre médecin traitant</b>			
Oui	34,6 %	54,5 %	0,5656
Non	65,4 %	45,5 %	
<b>Etre médecin remplaçant</b>			
Oui	26,9 %	15,2 %	0,3358
Non	73,1 %	84,8%	

*Tableau 14 : analyse univariée des facteurs facilitants du dépistage du mésusage d'alcool selon les médecins qui dépistent régulièrement ou non*

## 8) Aide au dépistage du mésusage d'alcool

Parmi les aides à mettre en place pour faciliter, favoriser le dépistage du mésusage d'alcool, le fait de pouvoir orienter facilement le patient vers un centre d'addictologie est la réponse la plus plébiscitée avec 69% de réponses favorables. Le fait de connaître les professionnels de santé en addictologie est également un élément ressenti comme pouvant faciliter le dépistage (55,2%) (figure 5)

Environ un tiers des médecins généralistes pensent que des plaquettes d'information à remettre au patient ou une formation complémentaire en addictologie seraient utiles.

Enfin, des ateliers de prévention, l'orientation rapide vers un psychologue ou d'autres professionnels paramédicaux comme les IPA ou IDE ASALEE ne semblent pas utiles pour les médecins généralistes (respectivement 20,7%, 1,7%, 1,7%).

1,7% pense qu'aucune proposition ne peut faciliter le dépistage du mésusage d'alcool.

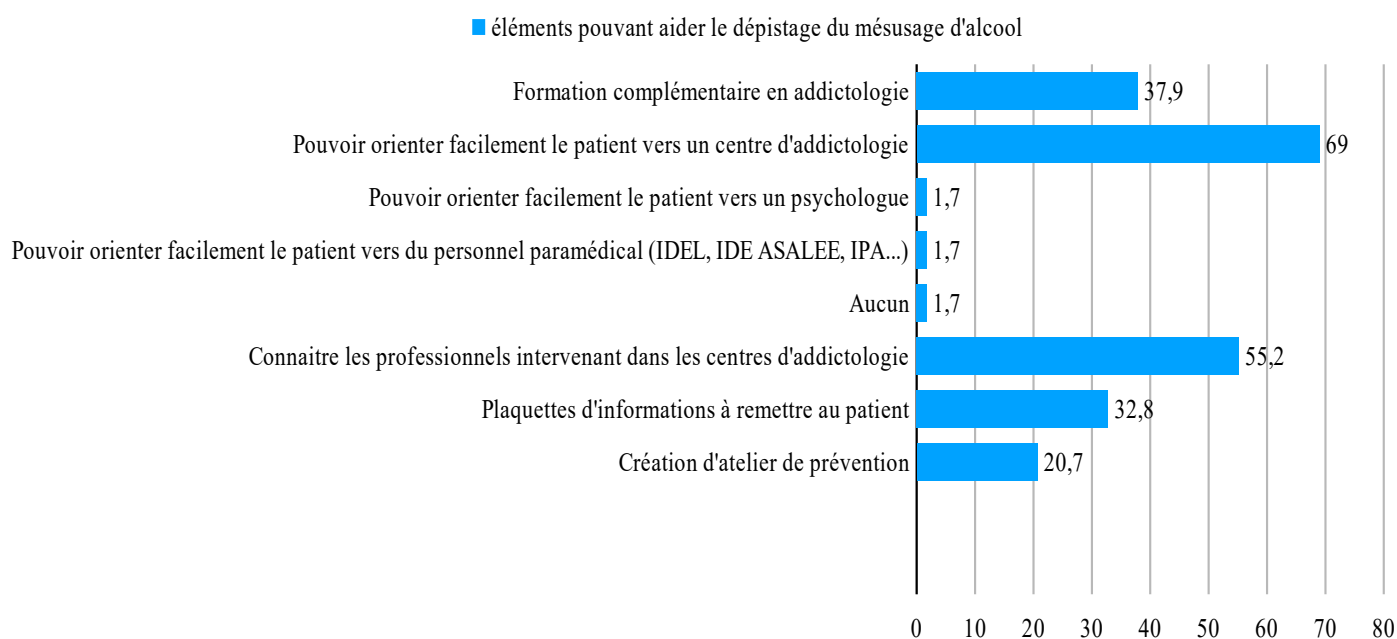


Figure 21 : Eléments pouvant faciliter le dépistage du mésusage d'alcool dans la pratique quotidienne des médecins généralistes, exprimés en pourcentage

## **IX- Discussion**

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

#### **1) Forces**

Il n'existe pas d'étude quantitative sur le dépistage du mésusage d'alcool en Picardie par les médecins généralistes et peu d'études qualitatives, qui n'étudient en général qu'un seul département. C'était donc un sujet original et à mon sens nécessaire.

Le fait d'utiliser internet pour la diffusion des questionnaires, le recueil et analyse des réponses, a permis de capter un plus grand nombre de médecins généralistes, avec un gain de temps de temps important, car l'ensemble de ces actions ont pu être réalisées depuis le domicile de chacun.

#### **2) Limites**

##### **A) Un nombre de participants limité**

Une des limites est le nombre de participants à l'étude. En effet, l'étude a recueilli 60 réponses malgré une diffusion large via les réseaux sociaux (groupe PICAGJIR regroupant 1215 membres, composé d'internes et de médecins généralistes), et également le groupe Médecins pour demain picard qui regroupe 461 membres.

L'utilisation d'internet n'a peut être pas convenu à l'ensemble du public visé, et peut être qu'allier internet et voie postale aurait rapporté davantage de réponses.

J'ai de plus, diffusé le questionnaire sur la période hivernale 2022-2023, au moment où nous avons connu de grosses épidémies de grippe, de COVID et de gastro-entérite aiguë, ainsi qu'un mouvement de grève médical. Les médecins généralistes ont probablement manqué de temps pour se consacrer au questionnaire.

De plus, je vois par le biais des réseaux sociaux et réseaux de mails que les internes et médecins généralistes reçoivent très régulièrement des demandes de réponses aux questionnaires de thèse, et j'ai pu lire des commentaires négatifs à ce sujet, représentant certainement un « ras le bol » de ces demandes, pourtant obligatoires dans notre fin de cursus.

Comme nous verrons plus loin, la population répondante au questionnaire n'est pas représentative de la population médicale étudiée : population plus jeune que la population étudiée et en grande majorité féminine. Ce biais de sélection aurait pu être contré ou diminué si j'avais sélectionné aléatoirement par tirage au sort les participants.

Après analyse des réponses aux questions, certaines questions QCM étaient trop fermées ou pas assez précises. Notamment je n'avais pas précisé les termes « rarement », « parfois » ou « souvent » qui sont très subjectifs et interprétables de différentes manières par chacun.

### B) Mauvaise représentation de la population étudiée

La population étudiée était les médecins généralistes picards installés ou remplaçants . D'après le CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins) au 1er janvier 2015 [53] , les effectifs de médecins généralistes picards étaient de 2110 inscrits en médecine générale. L'âge moyen était de 53 ans, et les femmes représentaient 34% des effectifs, avec une augmentation de ce pourcentage dans la jeune génération (<40 ans) à 54%. Nous ne disposons pas de données plus récentes concernant cette démographie médicale en Picardie mais le CNOM a diffusé des données statistiques nationales au 1<sup>er</sup> janvier 2022.

Dans l'étude, nous avons, comparativement aux données du CNOM, une sur-représentation des classes d'âge 25-34 ans (40%) et 35-44 ans (36,7%). Le fait de diffuser le questionnaire via les réseaux sociaux, ou plus généralement par internet était plus adapté à une population « jeune ». De même, il est possible que le sujet de cette thèse n'ait intéressé qu'une partie des médecins généralistes, d'une génération plus jeune.

Comme indiqué dans les biais, les médecins généralistes plus âgés sont peut être également plus lassés de répondre aux questionnaires de thèse, ou la jeune génération thésée « depuis peu » plus sensible à ces demandes.

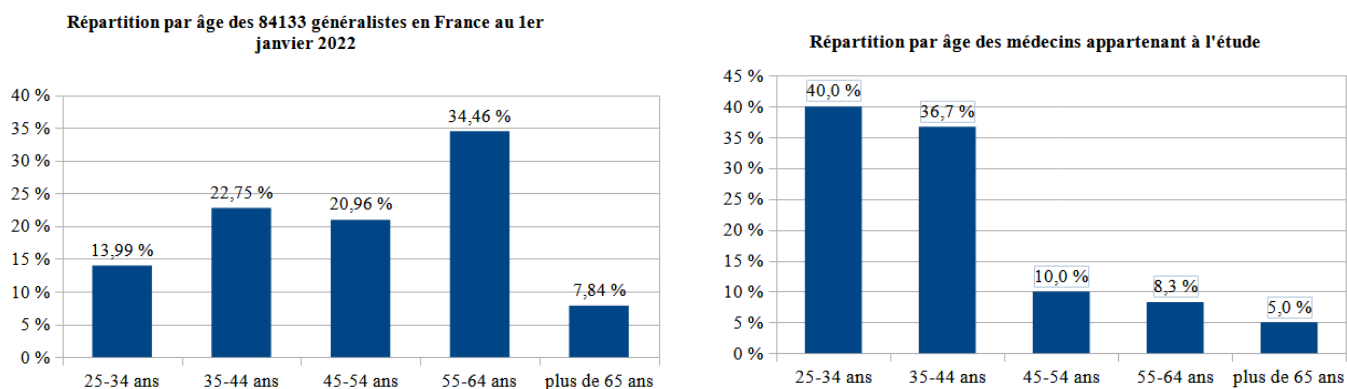


Figure 22 : répartition par tranche d'âge des médecins généralistes de France (source CNOM) et de notre étude (exprimée en pourcentage)

Les chiffres diffusés par le CNOM au 1<sup>er</sup> janvier 2022 [54] pour la France confirment largement la féminisation des médecins généralistes puisque près des deux tiers (65,27%) des médecins généralistes dans la tranche d'âge [25-34 ans] sont des femmes.

âge	Etude réalisée	en %	France	en %	dont hommes	dont femmes
[25-34]	24	40,0 %	11768	13,99 %	4,86 %	9,13 %
[35-44]	22	36,7 %	19143	22,75 %	8,44 %	14,31 %
[45-54]	6	10,0 %	17631	20,96 %	9,32 %	11,64 %
[55-64]	5	8,3 %	28992	34,46 %	19,20 %	15,26 %
[65 et +]	3	5,0 %	6599	7,84 %	5,68 %	2,16 %
total	60	100,00 %	84133	100,00 %	47,50 %	52,50 %

Tableau 15 : Répartition des médecins généralistes par tranche d'âge en France et dans notre étude, et pourcentage de médecins généralistes de sexe féminin par tranche d'âge en France (exprimée en pourcentage)

La proportion féminine des participants à l'étude est sans aucun doute sur-évaluée, puisque 75% des répondants étaient des femmes, alors qu'en région picarde elles ne représentaient en 2015 que 34% des médecins généralistes inscrits au CNOM toute tranche d'âge confondues. Cette sur-représentation est à nuancer lorsque l'on compare les tranches d'âge majoritaires participantes : les femmes médecins généralistes picardes représentent 54% des effectifs dans la tranche d'âge 25-40 ans.

Répartition des médecins généralistes par sexe

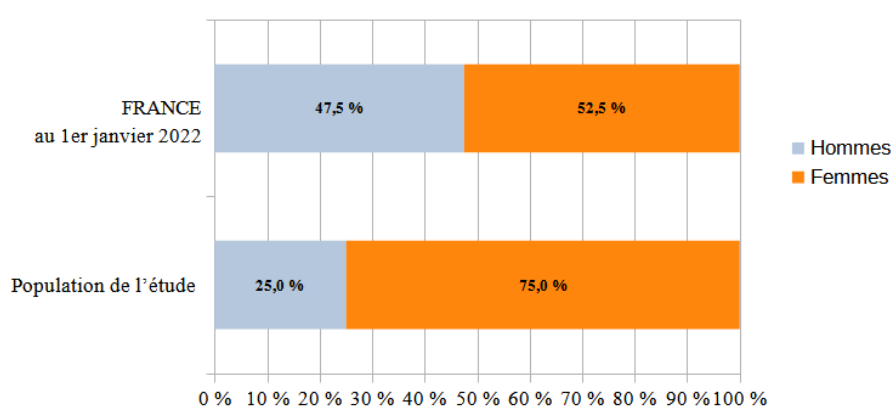


Figure 23 : Comparaison de la répartition des médecins généralistes de sexe féminin entre le territoire français et la population de notre étude (exprimée en pourcentage)

### **C) Le dépistage de mésusage d'alcool par les médecins généralistes picards suit-il les recommandations de la Société Française d'alcoologie?**

La SFA recommande le dépistage du mésusage d'alcool dans de nombreuses situations : examen de routine, prescription d'un médicament pouvant interférer avec l'alcool (benzodiazépines, anti-dépresseurs, myorelaxant, AINS...), chez les femmes enceintes, si consommation d'autres drogues, chez les jeunes adultes, chez les patients présentant une pathologie pouvant être en lien avec ce mésusage (HTA, arythmie cardiaque, dépression, insomnie...), si une pathologie chronique est résistante aux traitements (HTA, troubles digestifs, diabète...) [12]

La SFA ne recommande pas d'utiliser les indicateurs biologiques comme outil de dépistage précoce car ils se positivent tardivement [12]. Elle recommande de le noter et de le réévaluer régulièrement.

Chez les médecins généralistes picards, l'étude révèle qu'ils utilisent l'examen clinique et biologiques comme critère de dépistage (93,3%), mais ils s'appuient également sur des critères de dépistage cités par la SFA : personnes veuves ou isolées (48,3%), si consommation d'autres drogues connue (88,3%).

D'après les recommandations d'« Alcool et médecine générale » [50], le repérage du mésusage d'alcool doit être fait en routine pour qu'il soit efficace, et systématique à la première consultation.

Dans les réponses à l'étude, seuls 43,3% des médecins généralistes déclarent dépister toujours ou souvent à la 1ère consultation. Ce résultat est bien éloigné des recommandations sus citées.

Concernant le dépistage du mésusage d'alcool chez les femmes enceintes, la SFA recommande de dépister la consommation d'alcool lors de la première consultation prénatale, lors de l'entretien prénatal précoce et idéalement à chaque consultation [12].

En effet l'exposition à l'alcool chez le fœtus est la première cause de retard mental non génétique évitable en France [55].

L'étude a révélé que seuls 28,3% des médecins généralistes interrogent les femmes en âge de procréer sur leur consommation d'alcool, et 63,3% interrogent les femmes enceintes. La question ne précisait pas s'ils le faisaient une fois au cours de la grossesse, régulièrement ou à chaque consultation. Ces résultats ne suivent donc pas les recommandations françaises émises par la HAS.

## **D) Les outils de dépistage**

Parmi les participants de l'étude, seuls 21,7% utilisent des questionnaires standardisés pour le dépistage. Ceux utilisés sont AUDIT, AUDIT-c et FACE.

Ainsi, parmi ceux pratiquant le dépistage de mésusage d'alcool, la méthode la plus utilisée reste la question simple, ouverte ou fermée. La question fermée n'est pas recommandée car cela limite les informations déclarées spontanément par le patient.

G. Le Roy dans sa thèse de médecine a mis en évidence des résultats semblables avec 91,3% des médecins généralistes samariens qui n'utilisaient pas de questionnaires standardisés [56].

De même, L.Gauzente dans sa thèse d'exercice a retrouvé des résultats concordants : 14,3% des participants utilisent des questionnaires standardisés, ceux cités par les médecins généralistes étant AUDIT, FACE et CAGE [57].

Le test AUDIT est validé pour le dépistage du mésusage d'alcool, élaboré par l'OMS. Les tests FACE et CAGE, eux sont validés par la HAS.

## **E) Les obstacles perçus par les médecins généralistes.**

### **1) Tabou et réaction négative**

Seuls 8,5% des médecins généralistes picards déclarent que le sujet de la consommation d'alcool est tabou entre lui et son patient. Et 64,4% se jugent légitimes d'aborder cette question. Résultats en accord avec ceux d'une étude réalisée en 2011 qui avait démontré que 70% des médecins interrogés n'éprouvaient pas de gêne pour parler d'alcool avec leurs patients [61]. De même, la propre consommation d'alcool des médecins généralistes n'est pas un obstacle pour pratiquer le dépistage selon 63,8% des médecins.

Peu de participants percevaient comme frein au dépistage, la peur d'une réaction négative du patient : 15% craignaient que cela nuise à leur relation médecin/patient, et enfin 1,7% craignaient de ne plus voir leur patient. Mais 30% d'entre eux craignaient une réaction négative.

### **2) Manque de temps et de formation**

55% des médecins interrogés ont déclaré manquer de temps pour réaliser le dépistage. 90% d'entre eux octroient entre 10 et 15 minutes à chaque consultation. Cela est-il le reflet d'un trop grand nombre de patients vus par jour? Une consultation dédiée au dépistage d'alcool pourrait être intéressante, avec une cotation spécifique [57].

Comme pour de nombreux sujets de prévention au coeur du rôle du médecin généraliste (cancer colo-rectal, vaccination, obésité de l'enfant...), les patients ne prennent pas rendez-vous. Le temps pour un entretien de prévention doit être pris sur le temps de consultation prévu pour une pathologie aiguë, un résultat d'examen ou un suivi de pathologie chronique. Ce qui laisse peu de place pour réaliser ces dépistages et la prévention pourtant essentiels lors d'une visite comportant déjà un autre motif.

45% des participants déclarent qu'un manque de formation peut être un frein au dépistage. L'utilisation des questionnaires standardisés est accessible à l'ensemble des professionnels de santé sans formation particulière. Ce frein sus-cité peut être le reflet d'une difficulté à orienter les patients suite au dépistage, ou de les prendre en charge directement. 30% des médecins citaient comme freins une méconnaissance des réseaux locaux d'addictologie. D'après l'étude de L.Gauzente, la connaissance des réseaux locaux n'est pas un frein au dépistage, en revanche c'est bien la difficulté d'accessibilité à une structure spécialisée qui représente un frein important [57].

### **3) Le facteur patient**

De nombreux médecins généralistes citent « le patient » comme principal frein au dépistage.

En effet, 66,7% estiment qu'il existe un manque de fiabilité dans l'interrogatoire : la non utilisation de questionnaire peut être une source de non fiabilité, le patient pouvant être moins précis dans ses déclarations.

63,3% déclarent un risque de réticence à la prise en charge de la part du patient, ce qui peut faire penser à une « perte de temps » en consultation, un dépistage qui n'aboutira sur aucune prise en charge.

55% citent le mutisme du patient comme frein au dépistage. Comme démontré plus haut, l'alcool n'est pas un sujet tabou pour les médecins généralistes, peut être l'est-il chez les patients interrogés ?.

### **4) Le rôle du médecin généraliste**

98,3% des médecins interrogés estiment que le dépistage du mésusage d'alcool fait partie de leur rôle de médecin généraliste (65% estiment même qu'il est l'acteur de santé le

mieux placé pour ce dépistage). Ces données sont concordantes avec celles de l'étude de L.-Gauzente qui retrouvent 95% de réponses en ce sens [57].

Le médecin généraliste a un rôle pivot, central dans la prise en charge des patients. Il est le professionnel médical amené à voir régulièrement ses patients, plusieurs fois par an. Ces contacts réguliers lui permettent une relation privilégiée, une relation de confiance. Les médecins interrogés semblent donc bien au fait de leur rôle prépondérant.

#### **F) Les facteurs facilitant le dépistage**

Les conséquences d'un mésusage d'alcool semblent être des facteurs facilitants pour les médecins généralistes, même si comme expliqué plus haut ces conséquences ne devraient pas être utilisées comme facteur de dépistage car détectées tardivement :

91,7% estiment qu'une pathologie pouvant être en lien avec le mésusage d'alcool facilite l'abord du sujet, comme les complications socio-professionnelles pour 51,7% d'entre eux.

Le fait que le patient et/ou son entourage soit l'acteur central est également vu comme un facteur facilitant : 85% estime que le fait que le patient soit à l'initiative du dépistage est un facteur facilitant, et 55% lorsque c'est un proche.

L'approche par les autres drogues peut également rendre plus aisé ce dépistage : 66,7% pensent que le sevrage d'une autre drogue est un facteur facilitant, et 56,7% le fait de dépister la consommation d'autres drogues. Cela montre que le fait de passer par un moyen détourné aide au dépistage plutôt que de l'aborder frontalement.

La connaissance des réseaux et des professionnels en addictologie accentuerait le dépistage selon respectivement 69% et 55,2% des médecins interrogés.

C'est bien le fait de pouvoir orienter facilement ou non le patient qui semble le plus important comme facteur, comparativement aux actions personnelles ou locales, puisque seuls 37,9% estiment qu'une formation complémentaire les aiderait dans ce dépistage, 32,8% aimeraient s'aider de flyers ou plaquettes explicatives, et enfin 20,7% estiment que des ateliers préventifs seraient intéressants.

## **X - CONCLUSION :**

Cette étude confirme l'existence d'obstacles variés ressentis par les médecins généralistes pour réaliser le dépistage du mésusage d'alcool. Malgré les campagnes de dépistage, l'abondance d'informations, ce dépistage n'est pas réalisé de manière systématique comme recommandé par la SFA, et s'appuie encore trop souvent sur des critères jugés tardifs dans leur apparition.

Les principaux obstacles sont le manque de fiabilité dans la déclaration du patient, la réticence de celui-ci à prendre en charge son mésusage d'alcool, pouvant même être mutique face à ce questionnement. Enfin le manque de temps et de formation ressortent eux aussi comme facteur limitant . Ainsi le rôle du médecin généraliste étant très diversifié, il semble difficile de pouvoir exploiter tous ces rôles dans leur intégralité.

Le principal élément facilitateur, dont les médecins généralistes aimeraient disposer est le fait de pouvoir contacter et orienter le patient vers un spécialiste en addictologie.

La création d'un annuaire téléphonique des différents réseaux disponibles localement pour l'aide à la prise en charge du mésusage d'alcool semble intéressante à mettre en place, ainsi qu'une ligne directe avec un addictologue d'avis sur la région (un avis est déjà disponible via la plateforme Omnidoc, mais le délai de réponse peut atteindre 48 heures).

## Bibliographie

- [1] OFDT- Observatoire Français des Drogues et des Tendances Addictives [en ligne] Disponible sur <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/alcool-evolution-des-quantites-consommees-par-habitant-age-de-15-ans-et-plus-depuis-1961-en-litres-equivalents-dalcool-pur/> [consulté le le 31/03/2023]
- [2] World Health Organization [en ligne] The European Health Report 2021. Taking stock of the health-related Sustainable Development Goals in the COVID-19 era with a focus on leaving no one behind (who.int) graphique réalisé à partir du rapport The European Health Report 2021.page 50-52 [consulté le le 31/03/2023]
- [3] OCDE.Risques sanitaires - Consommation d'alcool - OCDE Data (oecd.org) [en ligne] OCDE (2023), « Alcohol consumption » (indicateur), [consulté le 09 juin 2023] Disponible sur <https://doi.org/10.1787/e6895909-en>
- [4] Santé Publique France [en ligne] Bulletin de santé publique alcool dans les Hauts-de-France. Janvier 2020. (santepubliquefrance.fr) [Consulté le 10 avril 2023]. Disponible sur [santepubliquefrance.fr](http://santepubliquefrance.fr)
- [5] Guillemin AF, Cervenka I, Andler R, Gallopel Morvan K, Deutsch A, Nguyen-Thanh V, Foucaud J, Santé Publique France [en ligne] Baromètre cancer 2021 / Institut national du cancer et Santé publique France, janvier 2023. . Attitudes et comportements des Français face au cancer (Disponible sur <https://www.santepubliquefrance.fr/> Alcool et cancer : Comportements, opinions et perceptions des risques. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer, p. 108-137.
- [6] OFDT Observatoire Français des Drogues et des Tendances Addictives [en ligne] ESCAPAD, 20 ANS D'OBSERVATION DES USAGES À L'ADOLESCENCE. [Consulté le 10 avril 2023] Disponible sur <https://ofdt.fr>
- [7] Tavolacci M, Berthon Q, Cerasuolo D, Pierre Dechelotte,Joel Ladner, Alexandre Baguet Est-ce que la consommation excessive d'alcool entre 18 et 25 ans prédit la dépendance à l'alcool à l'âge adulte? Une étude cas-témoins rétrospective en France. [consulté le 10 mars 2023]. Disponible sur <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026375>
- [8] Stanislas Spilka, Antoine Philippon, Olivier Le Nézet, Eric Janssen, Alex Brissot Vincent Eroukmanoff (OFDT) Emmanuelle Godeau (EHESP)  
OFDT Observatoire Français des Drogues et des Tendances Addictives [en ligne] Usages d'alcool, de tabac et de cannabis chez les élèves de 3e en 2021 Disponible sur <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxss2bc.pdf>
- [9]European School Survey Project on Alcohol and other Drugs [Consulté le 11/02/2023] ESPAD 2019, exploitation OFDT . THE ESPAD GROUP. ESPAD Report 2019. Results from the European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Luxembourg, Publications

Office of the European Union, EMCDDA Joint Publications, 2020, 136 p. Disponible sur <http://www.espad.org/espad-report-2019>

[10] Santé Publique France [en ligne] Alcool : où en sont les Français ? [Consulté le 10 juin 2023] Disponible sur <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2020/consommation-d-alcool-en-france-ou-en-sont-les-francais>

[11] Douchet M.-A (2022) La consommation d'alcool et ses conséquences en France en 2021 Notes, OFDT décembre 2022 . [Consulté le 16 février 2023]. Disponible sur <https://www.ofdt.fr/>

[12] Mésusage de l'alcool, dépistage, diagnostic et traitement *Alcoologie et Addictologie*. 2015 ; 37 (1) : 5-84

[13] OMS. CIM-10 FR 2018 à usage PMSI | Publication ATIH. 2018;178-81.

[14] Cour des comptes- Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool | [consulté le 20 mars 2023] Disponible sur <https://www.ccomptes.fr/>

[15] Ducimetiere P, Arwidson P. Focus. Évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. *Bull Epidémiol Hebd*. 2019;(10-11):178-9. Disponible sur [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/10-11/2019\\_10-11\\_1.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/10-11/2019_10-11_1.html)

[16] Vandegrift BJ, Hilderbrand ER, Satta R, Tai R, He D, You C, Chen H, Xu P, Coles C, Brodie MS, Lasek AW. Estrogen Receptor  $\alpha$  Regulates Ethanol Excitation of Ventral Tegmental Area Neurons and Binge Drinking in Female Mice. *J Neurosci*. 2020 Jul 1;40(27):5196-5207. doi: 10.1523/JNEUROSCI.2364-19.2020. Epub 2020 Jun 1. PMID: 32482639; PMCID: PMC7329299.

[17] Naassila PM. Alcool : un impact sur la santé, même à faibles doses. *Bull Epidemiol Hebd*. 26 mars 2019;(10-11):176-7.

[18] Andler R, Richard JB, Cogordan C, Deschamps V, Escalon H, Nguyen-Thanh V, et al. Nouveau repère de consommation d'alcool et usage : résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. *Bull Epidémiol Hebd*. 2019;(10-11):180-7. Disponible sur [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/10-11/2019\\_10-11\\_2.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/10-11/2019_10-11_2.html) [accédé le 10 mars 2023]

[19] G, Airagnes, C, Ben Lakhdar, J,-B, Daepfen, K, Gallopel-Morvan, F, Girandola, et al.. Réduction des dommages associés à la consommation d'alcool. [Rapport de recherche] Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). 2021, Paris : Inserm : Éditions EDP Sciences (ISSN : 0990-7440) / XII-723 p. [Consulté le 10 mars 2023]. Disponible sur <https://www.hal.inserm-03430421>

[20] Bonaldi C, Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. *Bull Epidémiol Hebd*. 2019;(5-6):97-108. Disponible sur [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019\\_5-6\\_2.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_2.html)

[21] International Agency for Research on Cancer (2018). Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine. Lyon: International Agency for Research on Cancer. [consulté le [10 mars 2023]. Disponible sur : [http://gco.iarc.fr/resources/paf-france\\_fr.php](http://gco.iarc.fr/resources/paf-france_fr.php),

[22] Réseau NACRe - Réseau Nutrition Activité physique Cancer Recherche - Nutrition et prévention primaire des cancers : actualisation des données, collection État des lieux et des

connaissances, INCa, juin 2015 [Consulté le 10 mars 2023] Disponible sur <https://www6.inrae.fr/>

[23] Paille F, Reynaud M. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. Bull Epidemiol Hebd. 2015;(24-25):440-9. [Consulté le 10 mars 2023], Disponible sur [http://www.invs.sante.fr/beh/2015/24-25/2015\\_24-25\\_1.html](http://www.invs.sante.fr/beh/2015/24-25/2015_24-25_1.html)

[24] (Bègue Laurent. Conduites agressives et alcoolisation. In: Economie et statistique, n°448-449, 2011. pp. 177-190.[Consulté le 13 mai 2023] Disponible sur DOI : <https://doi.org/10.3406/estat.2011.9757>).

[25]Le Monde [en ligne] -L'alcool présent dans un féminicide sur trois. lemonde.fr-[Consulté le 10 avril 2023] Disponible sur [https://www.lemonde.fr/sante/article/2020/03/12/l-alcool-present-dans-un-feminicide-sur-trois\\_6032765\\_1651302.html](https://www.lemonde.fr/sante/article/2020/03/12/l-alcool-present-dans-un-feminicide-sur-trois_6032765_1651302.html)

[26] ONISR (2022) La sécurité routière en France. Bilan de l'accidentalité de l'année 2021. Paris, Observatoire national interministériel de sécurité routière, 205 p . [Consulté le 12 avril 2023] Disponible sur <https://www.onisr.securite-routiere.gouv.fr/>

[27] Kopp P. Le coût social des drogues en France. OFDT [en ligne]. déc 2015 [Consulté le 17 avril 2023] Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxpkvc.pdf>

[28]Peretti-Watel, Patrick, François Beck, et Stéphane Legleye. « 5. Alcool et violence : le rôle des effets attendus et des contextes de socialisation », , *Les usages sociaux des drogues*. sous la direction de Peretti-Watel Patrick, Beck François, Legleye Stéphane. Presses Universitaires de France, 2007, pp. 121-141.

[29] Brochu S. Ivresse et violence : désinhibition ou excuse ?. In: Déviance et société. 1994 - Vol. 18 - N°4. pp. 431-445.  
[www.persee.fr/doc/ds\\_0378-7931\\_1994\\_num\\_18\\_4\\_1359](http://www.persee.fr/doc/ds_0378-7931_1994_num_18_4_1359)

[30] LE BRAS, Stéphane. « Le vin est la plus saine et la plus hygiénique des boissons » : anatomie d'une légende (XIXe-XXe siècles) In : Faux bruits, rumeurs et fake news [en ligne]. Paris : Éditions du Comité des travaux historiques et scientifiques, 2021 (généré le 09 juin 2023). Disponible sur Internet : <http://books.openedition.org/cths/15460>

[31]Myriam TSIKOUNAS, « L'École, premier lieu de lutte contre l'alcoolisme », Histoire par l'image [en ligne], consulté le 09/06/2023. URL : [histoire-image.org/etudes/ecole-premier-lieu-lutte-contre-alcoolisme](http://histoire-image.org/etudes/ecole-premier-lieu-lutte-contre-alcoolisme)

[32]Renaud S, de Lorgeril M. Wine, alcohol, platelets, and the French paradox for coronary heart disease. Lancet. 1992 Jun 20;339(8808):1523-6. doi: 10.1016/0140-6736(92)91277-f. PMID: 1351198.

[33] Fillmore KM, Stockwell T, Chikritzhs T, Bostrom A, Kerr W. Moderate alcohol use and reduced mortality risk: systematic error in prospective studies and new hypotheses. Ann Epidemiol. 2007 May;17(5 Suppl):S16-23. doi: 10.1016/j.annepidem.2007.01.005. PMID: 17478320.

[34] Costanzo S, Di Castelnuovo A, Donati MB, Iacoviello L, de Gaetano G. Wine, beer or spirit drinking in relation to fatal and non-fatal cardiovascular events: a meta-analysis. Eur J

- Epidemiol. 2011 Nov;26(11):833-50. doi: 10.1007/s10654-011-9631-0. Epub 2011 Nov 11. PMID: 22076059 [Consulté le 16 fev 2023]
- [35] Le Point (lepoint.fr) [consulté le 04 avril 2023] Disponible sur [https://www.lepoint.fr/invites-du-point/didier\\_raoult/pasteur-le-vin-et-la-sante-21-12-2011-1411006\\_445.php](https://www.lepoint.fr/invites-du-point/didier_raoult/pasteur-le-vin-et-la-sante-21-12-2011-1411006_445.php)
- [36] CNIV (intervin.fr) [Consulté le 16 fev2023]. Disponible sur Chiffres clés | CNIV (intervin.fr)
- [37] La revue du vin de France [en ligne]. [Consulté le 6 mai 2023] Disponible sur Emmanuel Macron aux vignerons : "Vous êtes des métiers d'art qui nous permettent de rayonner à travers le monde" - La Revue du vin de France (larvf.com)
- [38] Statista [Consulté le 15 avril 2023] Disponible sur <https://fr.statista.com/infographie/26859/secteurs-industriels-francais-avec-le-plus-grand-excedent-commercial/>
- [39] Obradovic I, Douchet MA. Focus. Perceptions et comportements vis-à-vis de l'alcool à l'adolescence : connaître les contextes et les motivations d'usage pour agir efficacement. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(5-6):116-7. [Consulté le 12 mars 2023] Disponible sur [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019\\_5-6\\_4.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_4.html)
- [40] Gaussoit L. Les représentations de l'alcoolisme et la construction sociale du « bien boire ». Sci Soc Santé. 1998; 16(1) : 5-42.
- [41] Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Phillippon A, Chyderiotis S. Drogues : perceptions des produits, des politiques publiques et des usagers . Tendances OFDT n°131 Avril 2019.[Consulté le 25 mars 2023] Disponible sur <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxssz4.pdf>
- [42] Phillippon A, Le Nézet O, Janssen E, Cogordan C, Andler R, Richard JB, et al. Consommation et approvisionnement en alcool à 17 ans en France : résultats de l'enquête ESCAPAD 2017. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(5-6):109-15. Disponible sur [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019\_5-6\_3.html]
- [43] Célant N, Guillaume S, Rochereau TL. 'Enquête santé européenne—Enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014. Rapport IRDES. Oct 2017;(566):153. ). [Consulté le 6 avril 2023]. Disponible sur [www.irdes.fr/recherche/rapports/556-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale-2012.pdf](http://www.irdes.fr/recherche/rapports/556-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale-2012.pdf)
- [44] Miller PM, Thomas SE, Mallin R. Patient attitudes towards self-report and biomarker alcohol screening by primary care physicians. Alcohol Alcohol 2006 MayJun;41(3):306-10
- [45] 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. Revue D'Épidémiologie Santé Publique. 1 août 2020;68(4):215-25.
- [46]F. Beck, R. Guignard, I. Obradovic, A. Gautier, L. Karila, Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France, Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, Volume 59, Issue 5, 2011, Pages 285-294, ISSN 0398-7620, [Consulté le 25 mars 2023]. Disponible sur <https://doi.org/10.1016/j.respe.2011.03.059>

[47] . Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, David S, Buyck JF, Metten MA. Les médecins généralistes face aux conduites addictives de leurs patients. Résultats du Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale. Les Dossiers de la DREES N° 80. Paris : DREES; 2021. [Consulté le 25 mars 2023]. Disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/DD80.pdf>

[48]World Organization of National Colleges (WONCA) Europe (25Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. The British Journal of General Practice. 2002;52(479):526. ). 15

[49]. HAS. Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève Alcool, Cannabis, Tabac chez l'adulte. 2021 p. 2. [Consulté le 12 mars 2023]. Disponible sur <https://www.has-sante.fr/>

[50] Anderson P., Gual A., Colom J., INCa (trad.) Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. Paris, 2008 ; 141 p

[51]Canouï-Poitrine F, Mouquet MC. Le risque d'alcoolisation excessive: des écarts entre les déclarations des patients et l'avis des médecins. Drees, Etudes et Résultats 2005;405:1-11

[52] Halfen S, Vongmany N, Gremy I. Observatoire régional de santé d'Ile-de-France. Enquête alcool auprès des patients de médecins généralistes libéraux en Ile-de-France. Février 2002.

[53] : Gwenaëlle Le Breton-Lerouillois. La démographie médicale en région Picardie, situation en 2015. [Consulté le 15 mai 2023], disponible sur [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/48qdaw/atlas\\_picardie\\_2015.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/48qdaw/atlas_picardie_2015.pdf)

[54] Les analyses de l'Ordre sur la démographie médicale Atlas national 2022-Tome 1 et Atlas national 2022-Tome 2: Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales [Consulté le 15 mai 2023] disponible sur <https://www.conseil-national.medecin.fr/>

[55] Troubles causés par l'alcoolisation fœtale : repérage. HAS, juillet 2013[consulté le 14 avril 2023]. Disponible sur <https://www.has-sante.fr/>

[56] Le Roy G. Les troubles de l'usage de l'alcool en médecine générale : obstacles au repérage et représentations des médecins généralistes de la Somme [thèse de doctorat] Amiens, France : Université de Picardie Jules Verne ; 2017.

[57] Gauzente L. Repérage, par les médecins généralistes, du mésusage de l'alcool en Franche-Comté : méthode de dépistage et obstacles. Etude quantitative.[thèse de doctorat] Besançon, France : Université de Franche Comté ; 2023

[58] Groppi M, Geiger S, Lafortune J, Parler d'alcool avec son patient en médecine générale Simple ou gênant ? Médecine, Février 2011, volume 7, numéro 2, pages 83-6

## ANNEXES

### 1) Questionnaires validés dans le dépistage du mésusage d'alcool

#### a) Questionnaire AUDIT-c

LE QUESTIONNAIRE AUDIT-C
<b>1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?</b>
(0) Jamais (1) 1 fois par mois ou moins (2) 2 à 4 fois par mois (3) 2 à 3 fois par semaine (4) Au moins 4 fois par semaine
<b>2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?</b>
(0) 1 ou 2 (1) 3 ou 4 (2) 5 ou 6 (3) 7 à 9 (4) 10 ou plus
<b>3. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire 6 verres standard ou plus ?</b>
(0) Jamais (1) Moins d'1 fois par mois (2) 1 fois par mois (3) 1 fois par semaine (4) Tous les jours ou presque
- Un score $\geq 3$ chez la femme et $\geq 4$ chez l'homme doit faire évoquer un mésusage. - Un score $\geq 10$ dans les deux sexes doit faire évoquer une dépendance.

Source : [www.legénéraliste.fr](http://www.legénéraliste.fr)

b) Questionnaire AUDIT (Alcool Use Disorders Test)



**QUESTIONNAIRE**  
**QUESTIONNAIRE AUDIT**  
**(ALCOHOL USE DISORDERS TEST)**

REPÉRAGE DES CONSOMMATIONS PROBLÉMATIQUES

Les dix questions qui suivent doivent être de préférence posées sans reformulation, et cotées selon les réponses spontanées des patients. En cas d'hésitation, proposer les modalités de réponses, en demandant de choisir « la réponse la plus proche de la réalité ».

Questions	Points					Score
	0	1	2	3	4	
1. À 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. À 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 semaine	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 semaine	Tous les jours ou presque	
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	



## QUESTIONNAIRE AUDIT

Questions	Points					Score
	0	1	2	3	4	
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une 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 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	

**TOTAL**

### INTERPRÉTATIONS DU RÉSULTAT


- Un score supérieur ou égal à 7 chez l'homme et à 6 chez la femme est évocateur d'un mésusage actuel d'alcool
- Un score supérieur à 12 chez l'homme et chez la femme serait en faveur d'une dépendance à l'alcool

Société Française d'Alcologie, 2015.

**Point d'attention :** Ce test a pour but de repérer les personnes présentant des troubles de l'usage d'alcool et n'est pas basé sur les repères de consommation qui visent eux à présenter un seuil de consommation d'alcool à moindre risque pour la santé. Pour en savoir plus, rendez-vous sur le site [alcohol-info-service.fr](http://alcohol-info-service.fr)

Source : [www.alcoholinfoservice.fr](http://www.alcoholinfoservice.fr)

c) Questionnaire FACE



**QUESTIONNAIRE**

# QUESTIONNAIRE FACE

**(FAST ALCOHOL CONSUMPTION EVALUATION)**  
 REPÉRAGE DES CONSOMMATIONS PROBLÉMATIQUES

Les cinq questions qui suivent doivent être de préférence posées sans reformulation, et cotées selon les réponses spontanées des patients. En cas d'hésitation, proposer les modalités de réponses, en demandant de choisir « la réponse la plus proche de la réalité ».

**Les deux premières questions portent sur les douze derniers mois.**

Questions	Points					Score
	0	1	2	3	4	
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	
<b>TOTAL</b>					<input type="text"/>	

**INTERPRÉTATIONS DU RÉSULTAT**

- Pour un score égal ou supérieur à 5 chez l'homme et 4 chez les femmes, un mésusage est à suspecter.
- Pour les deux sexes, un score supérieur ou égal à 9 est en faveur d'une dépendance.

Société Française d'Alcologie, 2015.

**Point d'attention :** Ce test a pour but de repérer les personnes présentant des troubles de l'usage d'alcool et n'est pas basé sur les repères de consommation qui visent eux à présenter un seuil de consommation d'alcool à moindre risque pour la santé. Pour en savoir plus, rendez-vous sur le site [alcohol-info-service.fr](http://alcohol-info-service.fr)

Source : [www.alcoholinfoservice.fr](http://www.alcoholinfoservice.fr)

## **2) Questionnaire de l'étude :**

### **a) Introduction du questionnaire**

Bonjour,

Interne en 5e semestre de médecine générale, je m'intéresse au dépistage du mésusage d'alcool en médecine générale. De par mes stages en médecine ambulatoire et mon passif professionnel en tant que pharmacien d'officine, j'ai remarqué qu'il n'était pas aisé d'interroger les patients sur leur consommation de drogues, et notamment d'alcool.

Bien que l'alcool soit en vente libre, le sujet de la consommation reste tabou. Seule une minorité de personnes alcoolo-dépendantes sont dépistées et prises en charge, alors que le mésusage d'alcool est un problème de santé publique majeur, responsable de nombreuses morts évitables chaque année.

Je m'interroge sur les freins que vous, médecin généraliste, pouvez rencontrer dans votre quotidien pour le dépister.

Je vous remercie de prendre le temps de répondre à ce questionnaire dans le cadre de ma future thèse.

### **b) Questionnaire :**

#### **Freins au dépistage du mésusage d'alcool en médecine générale Questions relatives à votre profil**

**Êtes vous :**

- un homme
- Une femme

**Dans quelle tranche d'âge vous situez vous?**

- 25-34 ans
- 35-44 ans
- 45-54 ans
- 55-64 ans
- 65 ans et plus

**Quel est votre mode d'exercice?**

- Libéral
- Salariat
- Remplaçant
- Médecin généraliste associé

**Où exercez vous?**

- Zone urbaine
- Zone semi-rurale
- Zone rurale

**Depuis combien de temps exercez vous?**

- Moins de 10 ans
- De 10 à 19 ans
- De 20 à 29 ans
- De 30 à 39 ans
- Plus de 40 ans

**Selon quel mode d'exercice exercez vous?**

- Seul
- Groupe de médecins généralistes
- Maison de Santé
- Autre

**En moyenne, combien de temps durent vos consultations?**

- 10 minutes
- 15 minutes
- 20 minutes
- Autre

**Avez vous une formation en addictologie? (Plusieurs réponses possibles)**

- Diplôme universitaire
- Développement Professionnel Continu
- Enseignement post Universitaire
- Stage d'internat
- Stage d'externat
- Diplôme d'études spécialisées complémentaires
- Capacité d'addictologie
- Non
- Autre

**Est ce un domaine (l'addictologie) qui vous intéresse?**

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

**Questions relatives au dépistage du mésusage d'alcool**

**Quels questionnaires utilisez-vous pour dépister le mésusage d'alcool (plusieurs réponses possibles) ?**

- AUDIT
- AUDIT-c
- FACE
- FAST
- CAGE
- Aucun
- Autre

**Concernant les patients que vous suivez pour mésusage d'alcool :**

- C'est le patient, dans la grande majorité des cas, qui vous a parlé librement en premier de son mésusage d'alcool
- Vous êtes, dans la grande majorité des cas, à l'initiative du dépistage et du diagnostic du mésusage d'alcool

**Interrogez vous vos patients sur leur consommation d'alcool?**

- A chaque consultation
- A la première consultation uniquement
- De manière annuelle
- Rarement
- Jamais
- Autre périodicité (A préciser dans Autre)
- Autre

**Inscrivez vous dans le dossier médical de vos patient leur consommation habituelle d'alcool même en l'absence de mésusage?**

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

**Interrogez vous sur la consommation d'alcool ?**

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Les femmes enceintes					
Les femmes en âge de procréer					
Les personnes âgées					
Selon votre intuition					
selon votre examen clinique ou des résultats biologiques pouvant faire évoquer un mésusage d'alcool					
De manière systématique à la première consultation					
A la demande de l'entourage					

**Quels critères vous incitent à rechercher un mésusage d'alcool? (Plusieurs réponses possibles)**

- âge < 18 ans
- âge > 60 ans
- sexe masculin
- sexe féminin
- personnes isolées ou veuves
- consommation connue d'autres drogues (tabac, cannabis...)
- personnes sans activité professionnelle
- milieu socio-économique défavorisé
- milieu socio-économique aisé
- mésusage d'alcool connu dans l'entourage proche
- Autre

**Selon vous, quel est le rôle du médecin généraliste dans le dépistage du mésusage d'alcool?**

- Le médecin généraliste est le mieux placé pour dépister le mésusage d'alcool
- Le médecin généraliste peut participer au dépistage du mésusage d'alcool mais n'est pas le mieux placé pour le faire
- Ce n'est pas le rôle du médecin généraliste

**Quelle priorité donnez-vous au dépistage du mésusage d'alcool dans votre pratique actuelle?**

- Très importante
- Importante
- Peu importante
- Pas du tout importante

**Vous sentez-vous légitime d'aborder la question de la consommation d'alcool avec vos patients ?**

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais
- Autre

**Estimez vous savoir comment réagir avec les patients présentant un mésusage d'alcool?**

- Oui, toujours
- Oui, souvent
- Parfois
- Non, jamais

**Estimez vous que votre propre rapport à l'alcool et votre consommation personnelle jouent un rôle dans votre prise en charge des patients présentant un mésusage d'alcool?**

- Oui toujours
- Oui souvent
- Parfois selon le patient
- Non, jamais

**Le sujet de la consommation d'alcool est-il tabou entre vous et vos patients?**

- Oui toujours
- Oui souvent
- Parfois selon le patient
- Non, jamais

**Percevez vous des freins au dépistage de cette consommation excessive dans votre pratique quotidienne? (plusieurs réponses possibles)**

- Mutisme du patient
- Manque de fiabilité de la déclaration
- Réticence de prise en charge par le patient
- Réticence de prise en charge par vous-même
- Méconnaissance ou absence de réseaux pour l'aide à la prise en charge
- Manque de temps en consultation
- Manque de formation
- Présence d'un tiers lors des consultations
- Crainte de la réaction de vos patients
- Crainte de ne plus revoir vos patients en consultation
- Crainte de nuire à votre relation avec vos patients
- Autre

**Selon vous quels sont les facteurs favorisant le dépistage? (plusieurs réponses possibles)**

- Initiative du patient
- Initiative d'un tiers
- Campagne de prévention en cours
- Questionnaires validés de dépistage
- Mise en évidence d'une pathologie pouvant être en lien avec le mésusage d'alcool
- A l'occasion d'autres dépistages
- A l'occasion de sevrage concernant d'autres drogues (tabac, cannabis...)
- L'existence de complications socio-professionnelles
- Le fait d'être le médecin traitant
- Le fait d'être le médecin remplaçant
- Autre

**Selon vous, quel(s) élément(s) pourrait(ent) vous aider à réaliser ce dépistage de mésusage d'alcool dans votre pratique quotidienne? (plusieurs réponses possibles)**

- Création d'atelier de prévention sur le mésusage d'alcool pour les patients
- Plaquettes d'informations concernant les dangers du mésusage d'alcool à remettre au patient
- Connaître les professionnels intervenant dans les centres d'addictologie
- Formation complémentaire en addictologie
- Pouvoir orienter facilement le patient vers les centres d'addictologie
- Autre

### 3) TABLE DES FIGURES

Figure 1 :Quantité d'alcool mis en vente en France par habitant âgé de 15 ans et plus depuis 1961 (en litres équivalents d'alcool pur).

Figure 2 : Consommation d'alcool pur (en litres par an) par adulte de plus de 15 ans en 2019 (ou dernière année disponible) pour l'Union Européenne

Figure 3 : consommation quotidienne d'alcool en France par classe d'âge en 2021

Figure 4 : niveau d'expérimentation de l'alcool à 13 ans en 2018 pour l'Europe (en%)

Figure 5 : distribution de la quantité d'alcool consommé en France par tranche d'âge en 2014

Figure 6 : équivalence en alcool des verres standards.

Figure 7 : usage, mésusage, trouble lié à l'usage : un continuum

Figure 8 : nouvelles recommandations de consommation d'alcool au Canada en 2023

Figure 9 :Bon point comité national de propagande années 30

Figure 10 : affiche du comité national de propagande années 30

Figure 11 :Buvard 1955 disponible sur ([collection-agricole.fr](http://collection-agricole.fr))

Figure 12 :Encart de réclame .Propagande années 1930 de l'Association de Propagande pour le vin.

Figure 13 : affiche de l'Association Nationale de Propagande pour le vin

Figure 14 : L'alcool, voilà l'ennemi », tableau mural contre l'alcoolisme par le Docteur Galtier-Boissière, Armand Colin, 1900« source Gallica-Bnf »

Figure 15 : fiscalité des boissons alcoolisées en 2015 (Cour des Comptes)

Figure 16 : évolution de l'expérimentation de l'alcool à 11,13 et 15 ans et son usage au cours du mois entre 2006 et 2018. Enquête Enclass.

Figure 17: Représentation des tranches d'âge des médecins généralistes répondant au questionnaire (exprimée en pourcentage)

Figure 18: Inscription des consommations d'alcool dans le dossier médical (exprimée en pourcentage)

Figure 19 : Influence de la consommation d'alcool des médecins généralistes dans la prise en charge du mésusage d'alcool de leurs patients (exprimée en pourcentage)

Figure 20 : Facteurs facilitants du dépistage du mésusage d'alcool (exprimée en pourcentage)

Figure 21 : Eléments pouvant faciliter le dépistage du mésusage d'alcool dans la pratique quotidienne des médecins généralistes (exprimée en pourcentage)

Figure 22 : Répartition par tranche d'âge des médecins généralistes de France et de notre étude (exprimée en pourcentage)

Figure 23 : Comparaison de la répartition des médecins généralistes de sexe féminin entre le territoire français et la population de notre étude (exprimée en pourcentage)

#### 4) LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Consommation quotidienne d'alcool en population adulte en 2017

Tableau 2 : Consommation d'alcool chez les jeunes de 17 ans en 2017

Tableau 3 : utilisation nocive pour la santé. Définition de la CIM-10

Tableau 4 : syndrome de dépendance. Définition de la CIM-10

Tableau 5 : troubles de l'usage d'une substance selon la DSM-5

Tableau 6 : Caractéristiques socio-démographiques de la population médicale interrogée

Tableau 7 : Analyse univariée du dépistage régulier en fonction du lieu d'exercice et du mode d'exercice

Tableau 8 : analyse univariée du dépistage régulier ou de l'absence de dépistage régulier selon les différentes catégories de patients ou situations pouvant amener à dépister le mésusage d'alcool.

Tableau 9 : analyse univariée du dépistage ou de l'absence de dépistage du mésusage d'alcool en fonction de critères socio-démographiques.

Tableau 10 : analyse univariée de l'utilisation de questionnaires en fonction du profil de patient ou de la situation

Tableau 11 : analyse univariée de la légitimité ressentie à dépister le mésusage d'alcool et de la réaction à adopter face à un mésusage.

Tableau 12 : analyse univariée du ressenti comme tabou, le sujet de la consommation d'alcool

Tableau 13 : analyse univariée des freins ressentis au dépistage du mésusage d'alcool en fonction des caractères socio-démographiques des médecins interrogés

Tableau 14 : analyse univariée des facteurs facilitants du dépistage du mésusage d'alcool selon les médecins qui dépistent régulièrement ou non

Tableau 15 : Répartition des médecins généralistes par tranche d'âge en France et dans notre étude, et pourcentage de médecins généralistes de sexe féminin par tranche d'âge en France (exprimée en pourcentage)

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

**A.N.P.A.A** : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

**A.R.A.M.I.S** : enquête Attitudes, Représentations, Aspirations et Motivations lors de l'Initiation aux Substances psychédéliques.

**AUDIT** : Alcohol Use Disorders Identification Test

**C.S.A.P.A** : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Alcoologie

**C.I.M** : Classification Internationale des Maladies

**C.N.I.V** : Comité National des Interprofessions des Vins

**C.N.O.M** : Conseil National de l'Ordre des Médecins

**D.R.E.E.S** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et de la Statistique

**D.S.M** : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders.

**E.R.O.P.P** : Enquête sur les Représentations, Opinions et Perceptions sur les Psychotopes.

**E.S.C.A.P.A.D** : Enquête sur la Santé et les Consommations lors de la Journée d'Appel et de Préparation à la Défense

**E.S.P.S.** : Enquête Santé Protection Sociale

**I.F.O.P** : Institut Français d'Opinion Publique

**I.N.C.A** : Institut National du Cancer

**I.N.E.D** : Institut National d'Etudes Démographiques

**I.N.S.E.R.M** : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

**O.C.D.E** : Organisation de Coopération et de Développement Economique

**O.F.D.T** : Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives

**O.M.S** : Organisation Mondiale de la Santé ou W.H.O : World Health Organization

**O.N.I.S.R** : Observatoire National Interministériel de la Sécurité Routière

**R.P.I.B** : Repérage Précoce et Intervention Brève

**S.F.A** : Société Française d'Alcoologie

**W.O.N.C.A** : Organisation Mondiale des médecins généralistes





## Résumé

Titre de la thèse : « **Dépistage du mésusage d'alcool: ressenti et obstacles perçus par les médecins généralistes picards, étude quantitative** »

**Introduction:** Le mésusage d'alcool est un problème majeur de santé publique aux lourdes conséquences. Son dépistage pour une prise en charge précoce semble selon certaines études trop peu réalisé en médecine générale. Cette étude visait l'étude des modalités de ce dépistage en médecine générale et les freins perçus pour sa réalisation.

**Méthode:** Etude quantitative réalisée par internet de novembre 2022 à mars 2023 auprès des médecins généralistes picards. Le questionnaire créé sur Google Form comprenait 24 questions fermées à choix simple ou multiple.

**Résultats:** Les réponses ont montré un dépistage du mésusage d'alcool réalisé principalement selon l'intuition du médecin ou en fonction de l'examen clinique ou biologique. Seuls 21,7% des médecins interrogés utilisaient un questionnaire standardisé mais 2/3 des médecins interrogés pensaient le dépistage important et s'estimaient légitimes pour le réaliser.

**Discussion:** Les médecins généralistes picards impliqués dans le dépistage du mésusage d'alcool percevaient de nombreux freins: déclaration du patient peu fiable, mutisme, réticence à sa prise en charge, manque de temps en consultation et manque de formation.

**Conclusion:** Cette étude a relevé un dépistage du mésusage d'alcool réalisé souvent tardivement, basé principalement sur les conclusions de l'examen clinique ou biologique. Les médecins de l'étude se sentaient légitimes et concernés par ce dépistage, ne ressentant aucun tabou pour le réaliser. Un meilleur accès à un avis d'addictologie ou à une structure spécialisée a été mis en avant comme élément facilitateur.

**Mots clés:** dépistage, mésusage d'alcool, médecin généraliste, obstacles au dépistage, consommation d'alcool

### **Screening for alcohol misuse: experiences and obstacles perceived by general practitioners in Picardy, quantitative study.**

**Introduction:** Alcohol misuse is a major public health problem with serious consequences. Its screening for early management seems, according to some studies, too little carried out in general medicine. This study aimed to study the modalities of this screening in general medicine and the perceived obstacles to its realization.

**Method:** Quantitative study carried out by internet from November 2022 to March 2023 among Picardy general practitioners. The questionnaire created on Google Form included 24 closed single- or multiple-choice questions.

**Results:** The answers showed a screening for alcohol misuse carried out mainly according to the doctor's intuition or according to the clinical or biological examination. Only 21.7% of the doctors interviewed used a standardized questionnaire but 2/3 of the doctors interviewed thought the screening was important and felt legitimate to carry it out.

**Discussion:** Picardy general practitioners involved in the screening for alcohol misuse perceived many obstacles: unreliable patient's declaration, mutism, reluctance to manage it, lack of time in consultation and lack of training.

**Conclusion:** This study found a screening for alcohol misuse often carried out late, based mainly on the findings of the clinical or biological examination. The doctors in the study felt legitimate and concerned by this screening, feeling no taboo to carry it out. Better access to an addictologist's opinion or a specialized structure has been highlighted as a facilitating element.

**Key words:** screening, alcohol misuse, general practitioner, barriers to screening, alcohol consumption