



**HAL**  
open science

# Quelle est la perception des patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool concernant leur repérage en médecine générale? Étude qualitative auprès de patients des Alpes Maritimes et du Var

Amélie Barthes

## ► To cite this version:

Amélie Barthes. Quelle est la perception des patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool concernant leur repérage en médecine générale? Étude qualitative auprès de patients des Alpes Maritimes et du Var. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04602668

**HAL Id: dumas-04602668**

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04602668v1>

Submitted on 5 Jun 2024

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

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

UNIVERSITE CÔTE D'AZUR

ANNEE 2024



**THESE D'EXERCICE DE MEDECINE**

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

**Quelle est la perception des patients présentant un trouble de l'usage  
de l'alcool concernant leur repérage en médecine générale ?  
Étude qualitative auprès de patients des Alpes Maritimes et du Var.**

Présentée et soutenue le 26 avril 2024 à 16h,

À la faculté de Médecine de Nice

Par **BARTHES Amélie**

Née le 31/10/1995, à CARCASSONNE (11)

**MEMBRES DU JURY**

Président :

Monsieur le Professeur David DARMON

Assesseur :

Monsieur le Docteur Max DEROCHET

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Catherine DEROCHET



**Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice**

**Doyen**

**Pr. Jean DELLAMONICA**

**Vice-doyennes**

<b>Pédagogie</b>	<b>Pr. Véronique ALUNNI</b>
<b>Recherche</b>	<b>Pr. Barbara SEITZ-POLSKI</b>
<b>Relations internationales</b>	<b>Pr Fanny BUREL-VANDENBOS</b>

Conservateur de la bibliothèque	Mme Danièle AMSELLE
---------------------------------	---------------------

Directrice administrative des services	Mme Isabelle CALLEA
--	---------------------

<b>Doyens Honoraires</b>	<b>M. Patrick RAMPAL</b>
	<b>M. Daniel BENCHIMOL</b>
	<b>M. Patrick BAQUÉ</b>



Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Véronique	ALUNNI	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M Nicolas	AMORETTI	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M. Rodolphe	ANTY	Gastro-entérologie (52.01)
Mme Florence	ASKENAZY-GITTARD	Pédopsychiatrie (49.04)
M. Philippe	BAHADORAN	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme Stéphanie	BAILLIF	Ophthalmologie (55.02)
Mme Sylvie	BANNWARTH	Génétique (47.04)
M. Patrick	BAQUÉ	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M. Emmanuel	BARRANGER	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M. Emmanuel	BENIZRI	Chirurgie Générale (53.02)
M. Michel	BENOIT	Psychiatrie (49.03)
M. Gilles	BERNARDIN	Réanimation Médicale (48.02)
M. J-Philippe	BERTHET	Chirurgie Thoracique (51-03)
M. André	BONGAIN	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M. Alexandre	BOZEC	ORL- Cancérologie (47.02)
M. Jean	BREAUD	Chirurgie Infantile (54-02)
Mme Véronique	BREUIL	Rhumatologie (50.01)
M. Nicolas	BRONSARD	Anatomie Chir Ortho et Traumato (42.01)
M. Olivier	CAMUZARD	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme Fanny	BUREL-VANDENBOS	Anat. cytol. path. (42.03)
M. Michel	CARLES	Mal. infect. ; trop. (45.03)
M. Laurent	CASTILLO	O.R.L. (55.01)
M. Nicolas	CHEVALIER	Endo.diab.mal. métab (54.04)
M. Patrick	CHEVALLIER	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme Giulia	CHINETTI	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M. Thomas	CLUZEAU	Hématologie (47.01)
M. Jacques	DARCOURT	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M. David	DARMON	Médecine Générale (53,03)
M. Jean	DELLAMONICA	Réanimation médicale (48.02)
M. Jérôme	DELOTTE	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M. Jérôme	DOYEN	Radiothérapie (47.02)
M. Milou-Daniel	DRICI	Pharmacologie Clinique (48.03)
M. Matthieu	DURAND	Urologie (52.04)



Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	Vincent	ESNAULT	Néphrologie (52-03)
Mme	Christelle	ESTRAN-POMARES	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	Guillaume	FAVRE	Physiologie (44.02)
M.	Emile	FERRARI	Cardiologie (51.02)
M.	J-Marc	FERRERO	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	Denys	FONTAINE	Neurochirurgie (49.02)
M.	J-Paul	FOURNIER	Thérapeutique (48-04)
M.	Eric	GILSON	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	Valérie	GIORDANENGO	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	Lisa	GIOVANNINI-CHAMI	Pédiatrie (54.01)
M.	Olivier	GUERIN	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	Nicolas	GUEVARA	Oto-Rhino-laryngologie ( 55.01)
M.	Jean	GUGENHEIM	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	J-Michel	HANNOUN-LEVI	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	Reda	HASSEN KHODJA	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	Xavier	HÉBUTERNE	Nutrition (44.04)
M.	Paul	HOFMAN	Anat. cytol. path. (42.03)
M.	Olivier	HUMBERT	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	Antonio	IANNELLI	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	Carole	ICHAI	Anesth. réa. (48.01)
M.	Marius	ILIÉ	Anat. cytol. path. (42.03)
M	Elixène	JEAN-BAPTISTE	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	Georges	LEFTHERIOTIS	Physiologie ; médecine vasculaire (51.04)
Mme	Sylvie	LEROY	Pneumologie-Addictologie (51.01)
M.	Jacques	LEVRAUT	Médecine d'urgence (48.05)
M.	Michel	LONJON	Neurochirurgie (49.02)



Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	Charles	MARQUETTE	Pneumologie (51.01)
M.	J-François	MICHIELS	Anat. cytol. path. (42.03)
Mme	Pamela	MOCERI	Cardiologie (51.02)
M.	Henri	MONTAUDIÉ	Dermatologie (50.03)
M.	Nicolas	MOUNIER	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	J-Christophe	ORBAN	Anesth. réa. (48.01)
M.	Bernard	PADOVANI	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	Philippe	PAQUIS	Neurochirurgie (49.02)
Mme	Véronique	PAQUIS	Génétique (47.04)
M.	Thierry	PASSERON	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	Thierry	PICHE	Gastro-entérologie (52.01)
M.	Christian	PRADIER	Epid., éco. santé (46.01)
Mme	Virginie	RAMPAL	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	Pierre	ROHRLICH	Pédiatrie (54.01)
M.	Eric	ROSENTHAL	Médecine Interne (53.01)
M.	Christian	ROUX	Rhumatologie (50.01)
M.	Raymond	RUIMY	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	Sabrina	SACCONI	Neurologie (49.01)
Mme	Nirvana	SADAGHIANLOO	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	Stéphane	SCHNEIDER	Nutrition (44.04)
Mme	Barbara	SEITZ-POLSKI	Immunologie (47.03)
M.	Antoine	SICARD	Néphrologie (52.03)
M.	Pascal	STACCINI	Biostat. inf.méd. TC (46.04)
M.	Pierre	THOMAS	Neurologie (49.01)
M.	Albert	TRAN	Hépatogastro-entérologie (52.01)
M.	Geoffroy	VANBIERVLIE	Gastro-entérologie (52.01)



Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M. Damien	AMBROSETTI	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme Caroline	BERNARDI	Médecine légale et droit de la Santé (46.03)
Mme Julie	BERNARDOR	Pédiatrie (54.01)
Mme Ghislaine	BERNARD-POMIER	Immunologie (47.03)
Mme Tiphanie	BOUCHEZ	Médecine Générale ( 53.03)
Mme Julie	CONTENTI-LIPRANDI	Médecine d'urgence ( 48-04)
M. Johan	COURJON	Mal. infect. ; trop. (45.03)
Mme Bérengère	DADONE-MONTAUDIÉ	Cancérologie-radiothérapie (47.02)
M. Alain	DOGLIO	Bactériologie-Virologie (45.01)
M. Arnaud	FERNANDEZ	Pédopsychiatrie ( 49-04)
Mme Charlotte	HINAULT	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M. Mathieu	JOZWIAK	Médecine intensive-Réanimation (48.02)
Mme Brigitte	LAMY	Bactériologie-virologie ( 45.01)
Mme Elodie	LONG-MIRA	Cytologie et Histologie (42.02)
M. Michaël	LOSCHI	Hématologie et Transfusion (47.01)
M. Romain	LOTTE	Bact-vir ; Hyg.hosp. (45.01)
Mme Marie-Noëlle	MAGNIÉ	Physiologie (44.02)
M. Arnaud	MARTEL	Ophtalmologie (55.02)
M. Nihal	MARTIS	Méd int. ; gériatrie (53.01)
M. Damien	MASSALOU	Chirurgie Viscérale ( 52-02)
Mme Sandra	MUSSO-LASSALLE	Anat. cytol. path. (42.03)
M. Mourad	NAÏMI	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme Céline	OCELLI	Médecine d'urgence ( 48-04)
M. Charles	SAVOLDELLI	Chir. maxill. & stom (55.03)
M. Fabien	SQUARA	Cardiologie (51.02)
Mme Susanne	THÜMLER	Pédopsychiatrie ( 49-04)
M. Antoine	TRAN	Pédiatrie (54.01)



**Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice**

**MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS**

Mme Auriane GROS Orthophonie (69)

**PROFESSEURS AGRÉGÉS**

Mme Rebecca LANDI Anglais

**PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE**

Mme Emeline MICHEL Médecine interne-Gériatrie (53.01)

**PROFESSEURS ASSOCIÉS**

Mme Christine LEBRUN-FRENAY Neurologie (49.01)  
 Mme Brigitte MONNIER Médecine Générale (53.03)  
 Mme Flora TREMELLAT-FALIERE Médecine palliative (46.05)

**MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS**

Mme Céline CASTA Médecine Générale (53.03)  
 M. Fabrice GASPERINI Médecine Générale (53.03)  
 M. Marc-André GUERVILLE Médecine Générale (53.03)  
 Mme Maud RAQUIN-POUILLON Médecine Générale (53.03)



Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M.	Marc	ALBERTINI	M.	Pierre	GIBELIN
M.	Jean	AMIEL	M.	J-Yves	GILLET
M.	Daniel	BALAS	M.	Patrick	GRELLIER
M.	Michel	BATT	M.	Dominique	GRIMAUD
M.	Etienne	BÉRARD	M.	Philippe	HOFLIGER
M.	Bruno	BLAIVE	M.	Jacques	JOURDAN
Mme	Florence	BLANC-PEDEUTOUR	M.	J-Philippe	LACOUR
M.	Patrice	BOQUET	M.	J-Claude	LAMBERT
M.	André	BOURGEON	M.	Michel	LAZDUNSKI
M.	Patrick	BOUTTÉ	M.	Yves	LE_FICHOUX
M.	J-Noël	BRUNETON	M.	J-Claude	LEFEBVRE
Mme	Françoise	BUSSIERE	M.	Roger	MARIANI
M.	J-Pierre	CAMOUS	M.	Pierre	MARTY
M.	Bertrand	CANIVET	M.	René	MASSEYEFF
M.	Jill-patrice	CASSUTO	M.	Mathieu	MATTEI
M.	Marcel	CHATEL	M.	Jean	MOUIEL
M.	Alain	COUSSEMENT	M.	Jérôme	MOUROUX
Mme	Dominique	CRENESSE	Mme	Martine	MYQUEL
M.	Guy	DARCOURT	M.	Dominique	PRINGUEY
M.	Fernand	DE_PERETTI	M.	Gérald	QUATREHOMME
M.	Pierre	DELLAMONICA	M.	Marc	RAUCOULES-AIMÉ
M.	Jean	DELMONT	Mme	Dominique	RAYNAUD
M.	François	DEMARD	M.	Philippe	ROBERT
M.	Claude	DESNUELLE	M.	Joseph	SANTINI
M.	Claude	DOLISI	M.	J- Baptiste	SAUTRON
M.	Patrick	FENICHEL	M.	Maurice	SCHNEIDER
M.	Alain	FRANCO	M.	Antoine	THYSS
M.	Pierre	FREYCHET	M.	Jacques	TOUBOL
M.	J-Gabriel	FUZIBET	M.	Dinh Khiem	TRAN
M.	Pierre	GASTAUD	M.	Emmanuel	VAN OBBERGHEN
M.	J-Pierre	GÉRARD			



Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

M.C.U. Honoraires

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



**Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice**

**PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ**

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

## Remerciements

### Remerciements au jury :

#### **Monsieur le Professeur DARMON David,**

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse, soyez assuré de ma profonde gratitude.

#### **Madame le Docteur DEROCHET Catherine,**

Je te remercie de m'avoir accompagnée, aidée et soutenue pour diriger cette thèse. Merci pour ton aide précieuse et tes conseils. Mais surtout merci pour ce fabuleux stage et ton implication pour ma formation. Grâce à toi, j'aspire l'exercice d'une médecine globale et bienveillante. Merci de m'avoir transmis ta passion pour l'addictologie.

#### **Monsieur le Docteur DEROCHET Max,**

Je vous remercie pour votre aide bienveillante, d'avoir accepté de juger mon travail de thèse et de participer à ce jury.

**Remerciements personnels :****À ma famille,**

À mes parents adorés, pour leur amour sans borne, leur patience, leur compréhension, leur soutien inconditionnel tout au long de ce long parcours. Merci pour votre aide et de m'avoir permis de poursuivre mes rêves et d'atteindre mes objectifs. Vos encouragements constants et votre présence rassurante ont illuminé mon chemin vers la réussite. Je vous aime.

À mon petit frère, Fabien, et à Joana, merci pour votre présence et votre soutien tout au long de ce voyage académique.

À mes deux papys partis bien trop tôt, vous me manquez.

À ma mamie, ma nounou, pour ses gâteaux, ses lettres limougeaudes et tout son amour malgré sa petite taille.

À Danielle, une mamie de cœur. Merci pour ta présence, ton amour, ta bienveillance, ton aide et ton soutien indéfectible tout au long de ce long parcours.

À mes cousins et plus particulièrement Mathieu et Paul.

À Tatie Nanou et à la famille Calabro : Manon, Marta, Fabrice, Lucas de m'avoir fait découvrir et aimer la belle région de la côte d'Azur.

**À mes ami(e)s,**

Solène, alias Soso ma plus vieille amie et toujours présente malgré la distance. De la maternelle à aujourd'hui, en passant par le Lot, le Sénégal et tous ces souvenirs en communs, même avec les années, rien ne change.

Julie, ma Juju, ma meilleure amie, pour ta présence quotidienne malgré la distance. D'être toujours là pour moi, pour partager mes peines et mes joies. Tu es présente dans toutes les circonstances. Je sais que je pourrais toujours compter sur toi.

Lisa, ma mini Calvo, pour nos premières soirées.

A Limoges de m'avoir permis de rencontrer des personnes formidables et de construire mon rêve.

À Aurélie, ma sœur, comme me dit souvent mon papa. Ma première rencontre loin du cocon familial, ma coéquipière de la PACES. Merci pour ton soutien dans les bons comme les mauvais moments limougeauds. Et à nos voyages, et plus particulièrement, à notre super voyage dans l'Ouest Américain et à ceux à venir.

Aux blopettes, merci pour nos repas du midi, nos révisions BU, nos soirées, nos voyages, votre présence infaillible lors de l'externat. L'amour immense que vous m'avez apporté

et que vous m'apportez encore malgré la distance. À Jeannette, pour nos week-ends en Dordogne, tes câlins réconfortants. J'ai hâte de découvrir ta progéniture. À Juliette, pour sa douceur et je suis impatiente de continuer à voir grandir Ninette. Je ne te remercierai jamais assez de m'avoir fait l'une des témoins du plus beau jour de ta vie. À Solène, pour nos vacances aux quatre coins d'Europe et le plaisir de se retrouver depuis trois ans malgré la distance. À Mery, pour ta sincérité infaillible, ta franchise et aux corses limousines.

À Anne-Lore et Charlotte pour nos voyages méditerranéens, votre gentillesse et votre amour pur. Merci encore à Anne-Lore de me transmettre ta force que j'admire.

À ma nouvelle vie,

Ma famille du bassin cannois, pour nos soirées, nos rires, nos souvenirs, nos gueules de bois, mes « mal » aux pieds d'avoir trop dansé et tous ces bons moments partagés. Merci pour votre écoute, soutien et présence. Je me considère chanceuse que le destin nous ait réunis. Un chemin de Rouennais puis d'un mari et une femme qui ressemblent étrangement à la série « un gars et une fille. »

À Clémence, alias ma Clemchou. Ma copine de « bouclette », ma décomplexée de la boucle, tu as toujours les mots justes et réconfortants.

À MC, ma plus « un » du groupe, pour ces moments de partage, de confiance, de soutien, d'amour et de sincérité.

À Justin et Paul mes copains qui sont devenus mes copines.

À Éliisa, pour ton calme, ton flegme et ton humour. Les liens se sont renforcés lors de notre super voyage avec Clémence et MC.

Merci à vous trois pour cette magnifique découverte à l'autre bout du monde.

À Eva, la Corse nous a réunis. Ce n'est pas la durée qui fait la force de l'amitié, j'ai l'impression de te connaître depuis toujours. On est tellement différentes et similaires à la fois. À ta nouvelle vie au Canada, merci de m'avoir accompagnée à la big Apple : New York et ses folies. Merci d'avoir renforcé mon goût des voyages lointains et du rhum mexicain. Ça manque d'un petit voyage en 2024 d'ailleurs !

À l'internat de Fréjus et plus particulièrement Clémence L. pour sa bonté que j'adore et à Kévin pour sa spontanéité.

À Mody, Soukayna et Ophélie pour la collocation en Corse.

À mes co-internes de gynécologie (Juliette, Éléonore, Jessica, Amaury, Océane) sans votre soutien, le stage n'aurait pas été possible.

À tous mes autres co-internes et mon groupe de Geasp.

Un grand merci à toute l'équipe d'Addictologie de Cannes et plus particulièrement à Fred pour tes vidéos, tes lectures passionnantes, ton ouverture d'esprit et de m'avoir fait découvrir les contrepèteries. Merci à Claire, la meilleure des secrétaires.

A mes maîtres de stage de médecine générale qui m'ont confirmé que j'avais choisi la bonne voie et plus particulièrement, Séverine, Solène, Christine et Cyril. Et mention spéciale, à Angèle et Christel, leurs secrétaires.

A tous les participants sans qui cette thèse n'aurait pas pu être possible.

## Liste des abréviations

**CIM10** : CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES, DIXIEME REVISION

**DSM-5** : DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS, FIFTH EDITION (CLASSIFICATION ET DIAGNOSTIC DES MALADIES MENTALES CINQUIEME EDITION)

**HAS** : HAUTE AUTORITE DE SANTE

**FACE** : FORMULE POUR APPROCHER LA CONSOMMATION D'ALCOOL PAR ENTRETIEN

**TUA** : TROUBLE DE L'USAGE DE L'ALCOOL

**RPIB** : REPERAGE PRECOCE ET INTERVENTION BREVE

**GGT** : GAMMA-GLUTAMYL-TRANSFERASE

**AUDIT** : ALCOHOL USE DISORDERS TEST

**ATCD** : ANTECEDENT

**TRT** : TRAITEMENT

## Sommaire

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>16</b>
<b>MATERIEL ET METHODE</b> .....	<b>18</b>
<b>RESULTATS</b> .....	<b>21</b>
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>26</b>
<b>REFERENCES</b> .....	<b>32</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>34</b>
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE</b> .....	<b>39</b>
<b>RESUME</b> .....	<b>40</b>

## Introduction

En France, environ 47 millions de personnes consomment de l'alcool avec 10 % d'adultes qui en ont un usage quotidien, première cause d'hospitalisation et première cause évitable de mortalité avant 30 ans.<sup>1</sup> L'alcool entraîne des conséquences sanitaires, sociales et économiques.

Il n'existe pas de seuil en dessous duquel la consommation d'alcool est sans risque, mais des repères ont été définis par l'Institut National du Cancer et Santé Publique France.

Les repères sont les suivants : maximum dix unités par semaine, ne pas consommer plus de deux unités par jour et ne pas boire d'alcool au moins deux jours par semaine. (Valable pour les adultes, autant les hommes que les femmes).

Le trouble de l'usage de l'alcool est caractérisé par une altération de la capacité à arrêter ou contrôler la consommation d'alcool malgré des conséquences négatives sur le plan social, professionnel ou sanitaire. Différents critères sont utilisés à partir du DSM 5 ou CIM 10.<sup>2</sup>

Il paraît important de dépister les troubles de l'usage de l'alcool dès les soins de premiers recours en médecine générale.<sup>3</sup> Il est essentiel de promouvoir le repérage précoce durant l'ensemble de nos consultations de médecine générale et dès les salles d'attentes.

La difficulté de repérage repose sur le fait que la consommation d'alcool est rarement le motif principal de consultation ou alors le sujet est abordé par le médecin s'il y a des signes cliniques évocateurs ou des anomalies biologiques retrouvées.<sup>4</sup>

Pour aider à ce repérage, différents questionnaires standardisés existent et l'HAS a mis en place un outil d'aide au repérage précoce depuis 2014.<sup>5</sup> Différents facteurs limitant au dépistage du trouble de l'usage alcool peuvent être retrouvés du côté du médecin, du patient et de la relation médecin-patient.<sup>6</sup>

Cette problématique m'est apparue à plusieurs reprises au cours de mes différents stages d'externe et d'interne. Ma sensibilisation à ce sujet s'est renforcée durant mon passage en service addictologie.

J'ai pu trouver plusieurs études sur le ressenti des médecins,<sup>7</sup> mais très peu sur le ressenti des patients en ce qui concerne le repérage.

Tout ceci conduit à la question de recherche de ce travail :

**Quelle est la perception des patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool concernant leur repérage en médecine générale ?**

L'objectif principal de cette thèse est d'explorer le vécu des patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool (TUA) face à leur repérage par le médecin généraliste.

Ce travail a aussi pour but de faciliter le repérage des patients de la manière la plus adaptée et d'informer les médecins généralistes qui le souhaitent sur le ressenti des patients avec un TUA.

L'objectif secondaire est de connaître les attentes des patients par rapport à leur repérage vis-à-vis de leur médecin traitant.

## Matériel et méthode

### 1) Type d'étude

Une étude qualitative a été réalisée par entretien semi-dirigé individuel jusqu'à saturation des données.

La méthode qualitative vise à explorer des éléments subjectifs tirés du vécu personnel et de l'expérience des patients. Il s'agit de mieux appréhender les besoins, sans recourir à la mesure ou à la quantification des éléments. Son objectif est de recueillir des données verbales à travers des entretiens semi-dirigés, facilitant ainsi une approche interprétative et inductive.

Elle semblait donc être la méthode la plus appropriée pour recueillir les données en accord avec l'objet de recherche.

### 2) Recrutement et population étudiée

Le recrutement s'est fait entre décembre 2023 et février 2024 dans la salle d'attente de médecins volontaires contactés par message dans le bassin cannois (Cannes, Le Cannet, Mandelieu La Napoule) et le canton de Fayence.

Dans un premier temps, un questionnaire validé FACE (annexe 1) a été distribué à tous les patients volontaires de 18 à 75 ans par l'investigatrice dans la salle d'attente des médecins.

Le recrutement des médecins s'est fait d'abord par connaissance puis de bouche à oreille. Au total, vingt médecins ont été contactés, douze n'ont jamais répondu, huit médecins ont bien voulu de ma présence en salle d'attente. Quatre-vingt-sept patients ont été rencontrés en salle d'attente, seulement deux patients rencontrés ont refusé le questionnaire.

Dans un deuxième temps, après analyse des questionnaires, l'investigatrice a recontacté les patients présentant un score FACE positif. Le score FACE  $\geq 4$  chez la femme et  $\geq 5$  chez l'homme suggère qu'un TUA est à suspecter. Un entretien téléphonique ou présentiel est alors proposé au patient.

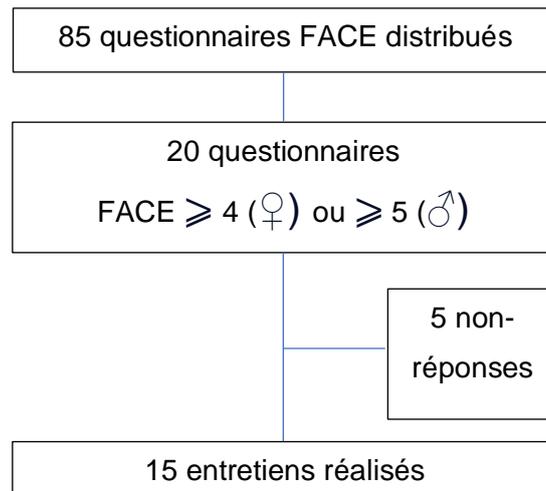


Figure 1. Diagramme de flux

### 3) Les entretiens

Les entretiens semi-dirigés ont été menés à l'aide d'un guide d'entretien. Le guide d'entretien a été rédigé, avec la directrice de thèse pour répondre à la question de recherche. Le canevas d'entretien est présenté en Annexe 2.

Avant les entretiens, l'investigatrice a fourni des informations supplémentaires sur le sujet, l'objectif de l'étude et la nécessité de l'enregistrement. Le résultat du score FACE a été interprété et rendu au patient. Chaque patient a signé un formulaire d'information et de consentement (annexe 3) couvrant la collecte, l'utilisation et l'enregistrement vocal des données, avec l'assurance de l'anonymat et la possibilité de retirer leur consentement à tout moment. Ils ont été informés de la disponibilité de l'investigatrice pour toute question ultérieure.

Après des questions à visée épidémiologique descriptive, l'entretien est composé principalement de questions ouvertes. Les questions ouvertes permettent d'aborder les différents axes : l'histoire du patient avec l'alcool, la relation médecin – patient, le vécu du patient pendant son repérage ou en absence de repérage, les attentes des patients vis-à-vis du médecin, les propositions de repérage de la part des patients. Des questions de relance ont été ajoutées si besoin.

Les entretiens ont eu lieu par voie téléphonique ou en présentiel selon la préférence des patients. Les entretiens ont été enregistrés sur un dictaphone. Des notes ont été prises pendant les

entretiens. L'intervieweuse a adopté une attitude d'écoute active et l'interviewé était libre de ses expressions.

De décembre 2023 à février 2024, 15 entretiens semi-directifs ont été réalisés. Au bout, de 12 entretiens, la saturation des données a été obtenue. La saturation des données est un concept pour déterminer le moment où les informations recueillies n'apportent plus aucune nouvelle information pertinente en fonction des données collectées. La réalisation des trois derniers entretiens a permis de le confirmer.

#### 4) Analyse des données

Lors des entretiens, un enregistrement audio a été réalisé avec un dictaphone. Les entretiens ont été retranscrits intégralement, anonymisés, puis stockés. Immédiatement après la retranscription, les enregistrements ont été supprimés.

La retranscription a été l'étape initiale de l'analyse des données. Chaque enregistrement audio a été retranscrit intégralement par le logiciel WORD ONLINE. Ce document a constitué « le corpus verbatim ».

Une fois retranscrit, chaque entretien fait l'objet d'une analyse inspirée de la théorisation ancrée, à l'aide du logiciel N'Vivo. Après analyse de chaque entretien de manière indépendante, les codes similaires ou apparentés ont été catégorisés en thèmes. Ces thèmes ont ensuite été articulés entre eux, en thèmes et sous-thèmes. Cette représentation est présentée dans la partie résultat.

#### 5) Aspects éthiques et réglementaires

Seule l'auteure a procédé à la collecte, au codage et à l'analyse des données.

Cette étude ne relève pas du champ d'application de la loi Jardé. La demande d'une autorisation auprès du comité d'éthique n'est pas obligatoire. Mais le recueil du consentement des patients a été sollicité et documenté.

Seules la chercheuse et sa directrice de thèse ont eu accès aux données. Les informations ont été traitées dans le plus strict respect du secret médical et en préservant l'anonymat.

Aucune aide financière ou matérielle n'a été abordée lors de cette étude.

Les participants n'ont pas reçu de contribution.

L'investigatrice déclare ne présenter aucun conflit d'intérêt.

## Résultats

### A) Caractéristiques de la population étudiée

Un tableau récapitulatif est présenté en annexe 4.

Au total, 15 patients ont été interrogés : six femmes et neuf hommes. Leur âge variait de 27 ans à 75 ans, une moyenne d'âge de 50,2 ans. Trois patients étaient retraités, les 12 autres patients étaient en activité, de milieux socioprofessionnels variés.

Cinq patients étaient célibataires (ou divorcés avec des enfants), dix étaient en couple et la plupart avec des enfants (sauf deux patients).

Dix patients avaient des pathologies diverses (dyslipidémie, cardiopathie stentée, dépression ...) et des traitements associés.

Cinq patients avaient comme principale co-addiction un tabagisme actif, deux patients un tabagisme sevré et un patient sevré du tabac utilisait la « vape ».

Seul un patient avait une prise en charge addictologique en cours.

Tous sexes confondus, les patients avaient une moyenne de score FACE à neuf. Cette moyenne reste constante selon le sexe, soit neuf pour les femmes et également pour les hommes (tronqué à l'unité).

En moyenne, j'ai interrogé deux patients par médecins, sauf un.

Quatre entretiens ont été menés en présentiel et onze entretiens par voie téléphonique. Les entretiens ont duré entre six minutes et quarante minutes. La durée moyenne des entretiens est de 19 minutes.

### B) Les effets recherchés de l'alcool

Chaque patient a une histoire propre avec l'alcool mais souvent la consommation est recherchée pour des effets particuliers.

Les principaux effets décrits par les patients sont :

- Pour le **goût** : « Le plaisir gustatif » seul (P10) ou en accompagnement « c'est le plaisir de manger un bon truc avec un bon verre vin » (P8).
- Pour le côté **anorexigène** : « Coupe faim » (P11).

- Pour le **plaisir** « alcool plaisir » (P13) et en lien avec le « côté **festif** » : « consommation festive entre copains » (P12).
- Pour l'effet « **détente** » (P13).
- Pour l'effet **sédatif** « oublier, libérer les angoisses, somnifère » (P5) / « Pour m'évader sentiment d'ivresse et bien être » (P6) / « anxiolytique » (P1) / « changer les idées » (P3), pour la relaxation, pour dormir, « anti-stress » (P15).
- Pour l'effet **antalgique** « anti-douleurs » (P2).

### C) Les conséquences de l'alcool

Cette consommation n'est pas dénuée de conséquences. Les principales conséquences décrites par les patients sont :

- **Santé** « black-out » (P12) ou sur les examens biologiques « mes GGT un peu augmentées » (P9).
- **Familial** reproches de la part de membre de la famille « reproches de ma femme » (P15) / « mon mari me fait des remarques » (P11).
- **Justice** « Là je suis en obligation de soins parce que « je me suis fait prendre par les flics » (P4).
- **Travail** « Il m'est difficile de me lever le matin et il m'est déjà arrivé de ne pas me rendre au travail. » (P2).

### D) La consultation et l'abord de la consommation d'alcool

La consommation d'alcool a été abordée pour six patients en consultation.

Quatre patients ont abordé le sujet en premier, un patient et son médecin en ont discuté mutuellement et un dernier patient a vu le sujet abordé par son médecin.

Pour neuf patients, la consommation n'a pas été abordée. « Je vais voir le médecin quand j'ai un problème, et là je ne pense pas avoir un problème » P9.

### E) Les motivations

#### a) **Liées aux patients**

- Par obligation
  - P4 « ... J'avais une obligation de soin. »
- Prise de conscience / « besoin d'en parler »

- P7 « J'en ai parlé librement de moi-même car j'en sentais le besoin ».
- Pour la santé
  - P14 « J'ai mon taux de sucre qui est limite, je dois refaire une prise de sang d'ailleurs, le médecin aurait pu me lancer la perche et me parler de l'alcool ... »
  - P12 « peur pour la santé »
- Pression de l'entourage
  - P11 « Aucun impact négatif à part les quelques remarques de mon mari. »

### **b) Liées aux médecins**

- L'accessibilité / l'attitude bienveillante
  - P6 « Non je suis très libre avec lui, je n'ai pas de honte avec ça. »
  - P15 « C'est logique, ça fait partie de ma vie, si vous allez voir le médecin faut lui dire tout ! »
- Le sexe du médecin
  - P1 « Plus facile d'en parler à une femme ... »

### **c) Liées à la relation médecin / patients**

- La confiance
  - P6 « Pas de honte, j'ai pu tout lui dire, je lui fais confiance. »
  - P3 « J'en aurais parlé directement à mon médecin, j'ai confiance en lui. »
- Le soulagement
  - P1 « Je me suis sentie soulagée et écoutée, j'ai même pu en parler à mes parents. »
  - P7 « Ça m'a soulagé d'en parler. »
- « L'inconnu »
  - P1 « ... Et elle ne me connaissait pas depuis que j'étais tout petit ».

## **F) Les freins**

### **a) Liés aux patients**

- La honte
  - P14 « Quand on estime qu'on a une consommation irraisonnée ce n'est jamais simple, un peu honteux, c'est gênant d'en parler. »

- P13 « J'ai menti par honte ... du jugement. »
- Le déni
  - P3 « Je n'ai jamais senti le besoin de lui en parler. »
  - P8 « Ça ne le concerne pas, pas besoin d'en parler. Je ne vais pas lui parler du cancer que je n'ai pas, c'est pareil. »
- Un sujet tabou
  - P14 « Pas un sujet facile à aborder ».
  - P12 « C'est un sujet sensible ».

#### **b) Liés aux médecins**

- Manque d'intérêt
  - P2 « Ça ne l'intéresse pas ou ne préfère pas savoir ... »
  - P7 « Il y avait ce manque, ... Elle me posait souvent la question concernant le tabac, mais jamais l'alcool. »
- Manque de temps
  - P4 « On a un temps limité pour chaque consultation. »
- Manque de formation
  - P12 « Peut-être ne sait pas faire ».

#### **c) Liés à la relation médecin / patients**

- « Médecin pour somatique »
  - P13 « le médecin généraliste ... c'est pour mes autres problèmes de douleurs ».
  - P5 « C'est pour mes problèmes d'eczéma par exemple ».
- Relation quasi-inexistante
  - P14 « Ce n'est pas une vraie relation, je le vois que rarement ... »
- Manque de confiance
  - P12 « Peur qu'il le dise à mes parents ».

#### **G) Les attentes des patients**

##### **a) Pas d'attente**

Six patients ne décrivaient pas d'attente vis-à-vis du médecin généraliste par rapport à l'alcool (P1 « pas d'attente » / P9 « pas d'attente »).

### b) Écoute et empathie

- P2 « Être à l'écoute, de l'empathie et s'intéresser au patient. »
- P4 « Écoute ».

### c)Prévention

- P3 « Prévenir des risques pour la santé. »
- P4 « ... Faire de la prévention ».
- P14 « Des explications et conseils. »
- P13 « Du conseil vis-à-vis de l'alcool, à partir de quel moment c'est toxique et c'est plaisir ? »

### d) Autres

Pour d'autres patients, les attentes sont différentes :

- **Orienter vers des spécialistes :** P5 « Orienter vers les spécialistes. »
- **Avoir un cadre :** P7 « C'est donner une norme et se positionner par rapport à ça. »
- P11 : « Déculpabiliser et offrir une solution. »
- **Un suivi :** P13 « On n'en a jamais reparlé, j'aurais aimé qu'elle me repose la question, qu'on en reparle, qu'elle me demande si j'avais changé des choses. »

### H) Les propositions des patients s'ils étaient médecins

Plus de la moitié, neuf des quinze patients interrogés, en parleraient directement à tous les patients et dès le premier entretien. P3 « J'en parlerais directement » / P5 « Comme je viens de vous dire, si j'étais médecin, j'en parlerais directement à tout le monde pour qu'il sache ce qu'il risque et après c'est au patient de décider ce qu'il veut faire. »

Trois des quinze patients en parleraient s'il y a un doute ou des éléments équivoques. P6 « En parler si on a un doute »

Pour d'autres patients, une consultation dédiée peut-être proposée P7 « Prendre le temps d'en parler, proposer une consultation dédiée. » ou réaliser un carnet de consommation P13 « demander à la personne de faire un carnet de consommation ».

## Discussion

### A) Résultat principal

Les patients qui ont une consommation d'alcool excessive ont des freins et des motivations pour aborder la discussion autour de celle-ci.

Il y a des motivations intrinsèques (« besoin d'en parler pour une évaluation » ...) et plus souvent extrinsèques (pression de l'entourage, contrainte de la justice...).

L'accessibilité du médecin généraliste, la relation de confiance, son rôle de premier recours aux soins favorisent la motivation du patient à en parler. Certains patients décrivent un soulagement d'avoir pu l'aborder.

La honte et le déni sont les principaux freins des patients retrouvés dans ce travail. Le sujet « alcool » reste tabou.

Des freins liés à la relation médecin/malade subsistent tel que le manque de confiance et l'absence de relation avec le généraliste. Pour les patients, certains médecins manquent de temps, de connaissance et d'envie pour évoquer la consommation d'alcool avec eux.

Certains pensent que le médecin généraliste n'est pas la personne la plus adaptée pour évoquer le sujet.

Les patients ont des attentes diverses mais la plupart estiment qu'un dépistage systématique par leur médecin généraliste est nécessaire.

### B) Comparaison avec la littérature

#### a) **Profil de l'échantillon**

En 2020, 23,7% des personnes de 18-75ans <sup>8</sup> dépassaient les repères de consommation. La population étudiée ici est très proche et représentative : 23,5% des 85 patients de départ à un score FACE  $\geq$  4 chez la femme ou  $\geq$  5 chez l'homme.

D'après les données du baromètre de Santé Publique France, les hommes étaient plus enclins à des consommations à risque que les femmes (33,5% pour les hommes contre 14,9% pour les femmes). Dans ce travail, des résultats similaires sont retrouvés. Les hommes sont plus enclins que les femmes à avoir des consommations à risque (20% des hommes contre 15% des femmes de notre population étudiée).

Dans un guide pratique sur la réduction des risques alcool publié par MODUS BIBENDI<sup>9</sup>, j'ai pu trouver cette phrase qui interpelle « L'usage d'alcool à risque ou nocif concerne 1 patient(e) sur 5 en médecine générale mais n'est abordé en consultation que moins de 1 fois sur 100. » Bien que ça ne soit pas comparable avec mon travail car la population étudiée présente un TUA. La consommation d'alcool n'a été que peu abordée. Pour moins d'un patient sur deux (40% des patients), la consommation d'alcool a déjà été abordée en consultation, de leur propre initiative pour la plupart des patients.

### **b) Un sujet sensible**

Les patients ont exprimé ressentir de la honte et de l'appréhension face à l'idée d'aborder leur consommation d'alcool avec leur médecin généraliste, craignant le jugement. Ces facteurs étaient déjà reconnus comme des obstacles au repérage.<sup>10</sup>

La société encourage souvent la consommation d'alcool à travers diverses pressions : l'entourage, « pression des lobbys », « happy hour » ... Un des patients m'a laissé sur un des auto-questionnaires « j'ai déjà eu des remarques parce que je ne buvais pas ». L'accès simple de l'alcool facilite la consommation.

Paradoxalement, une consommation perçue comme excessive est condamnée par la société. La personne n'est pas considérée en souffrance, mais manquant cruellement de volonté. Il paraît donc important que les médecins travaillent à atténuer cette stigmatisation.<sup>11</sup> L'adoption d'une attitude bienveillante par le médecin dans le repérage des patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool est essentielle.

### **c) Les freins liés aux médecins**

Un article sur le point de vue d'addictologues<sup>12</sup> souligne, comme les patients de ce travail le proposent, de réaliser un repérage plus systématique de la consommation d'alcool en médecine générale. Il semble donc important d'apporter une meilleure formation aux médecins concernant l'addictologie.

Une étude réalisée en Picardie<sup>13</sup> (ancienne région administrative) relate le ressenti des médecins. Les médecins interrogés remettent en cause leurs compétences avec un sentiment de connaissance et d'expérience limitées par un manque de formation ou une formation ancienne non adaptée à la consommation actuelle. De la même manière, cette étude met en évidence un manque de temps décrit par les médecins. Les patients de mon travail soulignent que les médecins ont souvent un temps limité en consultation.

Pour pallier ce manque, divers questionnaires ont été développés et en pratique, une minute suffirait à recueillir l'information de la consommation déclarée d'alcool. La diffusion du RPIB n'a peut-être pas été efficace et de ce fait, le recours aux questionnaires est faible. Une étude qualitative menée auprès de médecins généralistes dans la région de Cannes confirme cette proposition.<sup>14</sup>

#### **d) La prise de conscience**

Certains patients rapportent une prise de conscience vis-à-vis de l'alcool. Il survient probablement un déclic dans la trajectoire addictive de ces patients. Ce déclic surviendrait lorsqu'il y a un déséquilibre entre les bénéfices (gustatifs, festifs, sédatifs ...) et les conséquences négatives de l'addiction (retrait de permis, problèmes de santé ou peur pour sa santé, reproches de l'entourage ...). Ce moment serait alors favorable au repérage par le médecin ou l'abord par le patient.<sup>15</sup>

#### **e) Le déni**

Pour d'autres patients, ils n'ont pas toujours conscience d'avoir un trouble et sont dans le « déni ». Ces éléments ont déjà été révélés dans un article de la revue EXERCER.<sup>16</sup>

Le déni est « un mécanisme de défense du moi qui consiste à nier une perception traumatisante de la réalité extérieure »<sup>17</sup>. Le déni constitue une réponse à l'angoisse provoquée par la prise de conscience d'un diagnostic difficile et stigmatisant « trouble de l'usage de l'alcool ». Cette défense permet également de se protéger contre les conséquences personnelles et sociales. La perspective de renoncer à la consommation d'alcool est perçue comme une perte pour le patient.

Pour le médecin, cette attitude peut sembler déconcertante et décourageante. Différentes stratégies : une attitude empathique, sans jugement ni a priori, une approche centrée sur le patient et collaborative pourrait favoriser le repérage.<sup>18</sup>

#### **f) « Médecins de premier recours »**

Le médecin généraliste est le médecin de premier recours pour la population. Il connaît la famille de son patient, son environnement avec leurs particularités sociales, économiques et culturelles. Une de ses six compétences requises par le médecin généraliste est « éducation - prévention - dépistage ». C'est-à-dire « la capacité à accompagner « le » patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement, et donc à intégrer dans sa pratique l'éducation et la prévention ». <sup>19</sup>

Le médecin généraliste occupe une place primordiale dans le repérage des consommations de substances psychoactives.<sup>20</sup>

La majorité des patients de ce travail attendaient une démarche de prévention vis-à-vis de leur médecin.

### **g) La relation médecin-patient**

La relation médecin-patient est importante, et les patients de ce travail l'ont bien souligné. La plupart des patients avaient confiance en leur médecin, et se sont sentis soulagés après l'abord de la consommation d'alcool. Une phrase du bulletin d'information de l'Ordre National des Médecins sur la prévention des conduites addictives illustre bien ce propos « Pour que le dialogue soit constructif, il est indispensable d'avoir mis en place une relation de confiance avec le patient ». <sup>21</sup>

## **C) Forces et limites**

### **a) Forces**

La principale force de l'étude est son originalité. Peu d'études sur le ressenti des patients existent. Dans la plupart des études, les patients sont recrutés dans une structure addictologique, contrairement à ce travail. Le recrutement en médecine générale permet d'avoir un échantillon à variation maximale, c'est-à-dire des patients avec des profils variés.

Le dépistage des patients en salle d'attente a été réalisé par un auto-questionnaire FACE. Le score FACE est un score recommandé par l'HAS afin de réaliser le RPIB. Dans l'étude REPEX<sup>22</sup> sur le choix du questionnaire (entre FACE, AUDIT, AUDIT-QS) pour évaluer le risque alcool des patients par des médecins Français, Belges, Suisses, le FACE est préféré à l'AUDIT. Le FACE est la méthode la plus simple et la plus acceptable en routine.

La méthode de recherche qualitative permet de donner la parole aux patients en utilisant des questions ouvertes, contrairement à la méthode quantitative.

La retranscription immédiate après chaque entretien a permis de limiter le biais de mémorisation.

L'obtention de la saturation des données a permis d'augmenter la validité externe.

L'investigatrice a fait un stage de six mois en addictologie au cours de sa formation, ce qui lui a permis d'être à l'aise avec les patients et de savoir répondre à leur questionnement.

## **b) Limites**

La méthode qualitative est la plus adaptée à la question de recherche de ce travail. Ces résultats sont subjectifs et ne peuvent être quantifiés. Un biais d'interprétation est inévitable et fait partie intégrante de ce type d'étude.

L'auto-questionnaire FACE a été distribué en salle d'attente et même si l'anonymat a été respecté autant que possible, un biais de désirabilité sociale est un inconvénient à prendre en compte. C'est-à-dire que les patients ont pu fournir des réponses « conformes aux normes sociales » plutôt que des réponses sincères, ce qui a pu altérer les résultats de la population étudiée.

L'investigatrice manque d'expérience dans la conduite d'entretiens pour une étude qualitative ce qui a pu limiter le contenu des entretiens.

La plupart des entretiens ont été menés par voie téléphonique ce qui a pu restreindre l'interprétation et l'analyse des comportements non-verbaux.

L'étudiante en recherche a réalisé à la fois les entretiens, leur analyse et leur interprétation. Il n'y a pas eu de triangulation, c'est-à-dire une deuxième analyse par une personne tierce. La validité interne de l'étude est par conséquent diminuée.

L'investigatrice redoutait que son statut d'étudiante et son absence de connaissance des patients freinent l'expression du ressenti des patients, mais globalement, les patients étaient ouverts, reconnaissant d'être écoutés et de partager leur expérience.

## **D) Perspectives et conclusion**

Ce travail a permis d'explorer la perception des patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool lors des consultations chez le médecin généraliste. Lorsque la consommation d'alcool a pu être abordée en consultation, le patient se sent soulagé. Le ressenti du manque de temps, d'intérêt ou de compétence de la part du médecin ne permet pas au patient d'aborder lui-même la consommation d'alcool. Le patient a ses propres freins (déli, honte, tabou).

Le dépistage devrait être systématique, comme les patients de ce travail l'ont proposé et ré-évalué annuellement.

Des études similaires pourraient être réalisées dans des régions à plus forte consommation d'alcool afin de confronter nos résultats.

Il serait intéressant de connaître le point de vue de patients n'ayant pas un TUA.

Le questionnaire FACE pourrait être laissé en salle d'attente sur une durée limitée, par exemple en janvier lors du « DRY JANUARY ». Une consultation dédiée pourrait être proposée au patient qui le souhaite à l'issue de l'interprétation des résultats du FACE par le médecin traitant.

## Références

1. Morel d'Arleux J., Obradovic I., OFDT (Observatoire Français des drogues et des tendances addictives). Drogues et addictions chiffres clés ; 2022. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/DACC-2022.pdf>
2. HAS. Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool. Détecter un trouble de l'usage d'alcool le DSM-5 ; 2023. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-10/fiche\\_3.detecter\\_un\\_trouble\\_de\\_lusage\\_dalcool\\_tua\\_le\\_dsm-5.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-10/fiche_3.detecter_un_trouble_de_lusage_dalcool_tua_le_dsm-5.pdf)
3. Babor T, Grant M. Report on phase II: a randomized clinical trial of brief interventions in primary health care. Geneva: World Health Organization, 1992; 266p.
4. 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.
5. Phan T., Yana J., Fabre J., Yana L., Renard V., Ferrat É. Repérage de la consommation d'alcool à risque par les médecins généralistes : enquête auprès de patients en soins premiers. Revue D'Épidémiologie et de Santé Publique, 2020 ;68 : 215-225.
6. Garandel, J. Identification des facteurs qui influencent la prise en charge des patients faisant un mésusage de l'alcool en médecine générale. Poitiers, 2017. Disponible sur : [https://www.sfmng.org/publications/les\\_theses/identification\\_des\\_facteurs\\_qui\\_influent\\_la\\_prise\\_en\\_charge\\_des\\_patients\\_faisant\\_un\\_mesusage\\_de\\_lalcool\\_en\\_medecine\\_generale.html](https://www.sfmng.org/publications/les_theses/identification_des_facteurs_qui_influent_la_prise_en_charge_des_patients_faisant_un_mesusage_de_lalcool_en_medecine_generale.html)
7. Frontczak, C. Repérage par les médecins généralistes, du mésusage d'alcool en Franche-Comté : méthode de dépistage et obstacles. Étude qualitative. 2023.
8. Andler R., Quatremère G., Gautier A., Soullier N., Lahaie E., Richard J., Nguyen-Thanh V. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2021, n°. 17, p. 304-312.
9. Jehasse, T. D. Modus Bibendi publie un guide pour aider les généralistes à accompagner les consommations d'alcool. Fédération Addiction, 2023.
10. Pautrat, M., Riffault, V., Ciolfi, D., & Lebeau, J. Repérage des troubles liés à une substance et troubles addictifs dans le discours des patients dépendants. 2019.
11. Chaumier, J. Trouble d'usage d'alcool et auto-stigmatisation : enjeux spécifiques dans la population féminine. Caen, 2022. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03975485/>

12. Pautrat M., Ciolfi D., Riffault V., Lebeau J. Repérage des troubles liés à une substance et troubles addictifs en soins premiers. Point de vue des addictologues. 2019.
13. Herouin, M. N. Le patient alcoolique : entre représentation médicale et prise en charge. Enquête auprès des médecins généralistes de Picardie. 2016. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01385234>
14. Beck Y. Repérage des patients buveurs excessifs : enquête qualitative auprès de vingt médecins généralistes et enquête transversale auprès de deux cents patients du bassin cannois. Nice. 2013, Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01023162>
15. Minet J., Sen S. Repérage des conduites addictives en soins primaires : regards croisés entre médecins de soins premiers et patients. Tours, 2021.
16. Leaute X, Barnabe G, Vartanian C, Vigneau C, Senand R, Rat C. Mise en oeuvre d'actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire des addictions au sein d'équipes pluriprofessionnelles de soins primaires : quelles motivations, quels freins ? Exercer 2017 ; n°129 :p 4-10.
17. Larousse, Définitions : déni - Dictionnaire de français Larousse.
18. Le déni : un symptôme de l'alcoolisme. Revue de la Médecine Générale. 2000.
19. Les 6 compétences génériques | Département Médecine Générale - Université Paris Cité. Disponible sur : <https://dmg-u-paris.fr/p/les-6-competences>
20. Pr Druais L., Frappé P, Certain MH, Combier M, Gay B. La place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé. Mars 2015.
21. Berrier S. Comment prévenir les conduites addictives ? Bulletin d'information du conseil national de l'ordre des médecins. Janv 2014.
22. Dewost A., Dor B., Orban T., Rieder A., Gache P., Michaud P. Étude REPEX. Choisir un questionnaire pour évaluer le risque alcool de ses patients. La Revue Du Praticien – Médecine Générale. Tome 20, n°724/725, p.2-322, mars 2006.

## Annexes

### Annexe 1 :

### ENQUETE PAR QUESTIONNAIRE

Bonjour,

Je m'appelle BARTHES Amélie, dans le cadre de ma thèse de médecine générale. Je réalise une étude sur la consommation d'alcool.

QUESTIONNAIRE : (Entourez les réponses qui vous paraissent « les plus proches de la réalité », la question 1 et 2 portent sur les douze derniers mois).

**Sexe :** Homme / Femme

**Age :**

QUESTIONS	0	1	2	3	4
<b>1. À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?</b>	Jamais	Une fois par mois ou moins	Deux à 4 fois par mois	Deux à 3 fois par semaine	Quatre fois par semaine ou plus
<b>2. Combien de verres standard buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ?</b>	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus
<b>3. Est-ce que votre entourage vous a fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?</b>	Non				Oui
<b>4. Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?</b>	Non				Oui
<b>5. Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?</b>	Non				Oui

Merci d'avoir répondu,

Et si vous voulez bien me laisser votre numéro de téléphone ci-dessous pour que je puisse vous recontacter si besoin et votre signature pour avoir votre consentement afin de participer à l'étude.

Numéro :

Signature :

**Annexe 2 :****L'ENTRETIEN SEMI DIRIGE****Interprétation du FACE :**

- Score FACE  $\geq$  4 chez la femme et  $\geq$  5 chez l'homme : mésusage à suspecter.
- Score  $\geq$  9 dans les deux sexes : en faveur d'une dépendance.

**I) Le patient dans sa globalité****A) Données administratives :**

Homme / Femme

Age ?

Statut marital

Catégorie socio-professionnelle

**B) Antécédent médical (dont psychiatrique) / chirurgical / allergie****C) Traitement** (dont benzodiazépines)**D) Co-addiction** (tabac ...)**II) L'alcool et la consultation en médecine générale****Est-ce que votre consommation d'alcool a déjà été abordée en consultation ?**

<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Par le médecin lui-même ou par vous-même ? <b>Si par le médecin</b> en premier, en pratique, comment s'est déroulée cette consultation ? (De quelle manière ?) Pour quelle occasion ? (Systématique ou élément particulier ?) A quelle fréquence ?  <b>Si c'est vous (le patient) qui l'avez abordé en premier</b> , qu'est qui vous a motivé pour en discuter à votre médecin ? Quel doute ou quelles peurs avez-vous eu avant d'en parler ? Est-ce qu'il y a eu des choses que vous n'avez pas osé confier ? Si oui, lesquelles, pourquoi ?	Est-ce que vous auriez souhaité en parler ? Oui / Non Si non pourquoi ? Si oui pourquoi ?
Qu'est que vous avez ressenti ?	Qu'est qui vous aurez permis d'en parler ?
	Pourquoi ne jamais en avoir parlé ?

**III) L'histoire du patient avec l'alcool :****Qu'est que vous pouvez me dire de votre consommation d'alcool ?**

- Questions de relance éventuelle :
  - Depuis quand consommez-vous de l'alcool ? Antécédent de réduction ou sevrage ?
  - A quel moment consommez-vous de l'alcool ? (Combien de fois par semaine, à quel moment de la journée...)
  - Quel type d'alcool ? Et la quantité ?
  - Pouvez-vous identifier quels sont les éléments déclencheurs à votre consommation d'alcool ?
  - Quelles sont les conséquences de votre consommation ?

**IV) La relation médecin/patient :****Comment décrivez-vous votre relation avec votre médecin ?****V) Quelles sont vos attentes vis-à-vis du médecin sur votre consommation d'alcool ?****VI) Et si vous étiez médecin, qu'est que vous auriez fait ?****VII) Est-ce que vous avez des questions ? Où des suggestions à apporter ?**

Merci pour votre aide,

**Annexe 3 :****FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT**

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, je réalise un travail de recherche médicale portant sur la consommation d'alcool.

Pour mener à bien cette recherche, j'ai besoin de recueillir des données par le biais d'entretien. Si vous êtes d'accord, notre entretien sera enregistré par dictaphone pour faciliter la transcription et l'analyse des réponses.

Pour participer à ce travail, il est important que vous sachiez :

- Votre participation à cette étude est volontaire.
- Vous êtes libre de vous retirer de cette étude à tout moment et sans justification.
- Toutes les données recueillies seront stockées de manière anonyme et confidentielle.
- De plus, conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à BARTHES Amélie.

Vous pouvez poser des questions au sujet de la recherche à tout moment en communiquant avec BARTHES Amélie.

J'ai lu et compris les renseignements ci-dessus et j'accepte de plein gré de participer à cette étude.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ en 2 exemplaires.

Signature :

**Annexe 4 :**

PATIENT	MEDECINS	SEXE	AGE (ANS)	SCORE FACE	DUREE ENTRETIEN (MIN)	STATUT MARITAL	CATEGORIE SOCIO PROFESSIONNELLE	ATCD / TRT	CO ADDICTION
P1	M1	H	29ans	9	25'	Célibataire	En activité	0	Tabac
P2	M4	H	37ans	20	27'	Divorcé 1 enfant	En activité	Cancer du testicule en rémission + douleurs neuropathiques post chimiothérapie	Vape
P3	M2	F	53ans	8	15'	Divorcé 3 enfants	En activité	Dyslipidémie / HTA	0
P4	M1	F	63ans	14	20'	Marié Pas d'enfant	Retraité	Fractures traumatiques	Tabac
P5	M3	F	38ans	10	45'	En couple Pas d'enfant	En activité (Femme de ménage)	Dépression traitée, fibromyalgie, IVG chir	Tabac 1/semaine
P6	M3	H	57ans	7	15'	Concubinage 1 fille	En activité	Sleeve IDM x 2 SAOS appareillé	Tabac sevré depuis 1 <sup>er</sup> IDM (2009)
P7	M2	H	74ans	9	23'	Concubinage 2 enfants	Retraité	Cancer de la prostate / FA / HTA traité	0
P8	M5	H	62 ans	5	12'	Marié	En activité (chauffeur PL)	Cholestérol et HTA traité	Tabac sevré
P9	M5	H	53 ans	9	10'	Vit avec sa mère 2 enfants	En activité (musicien)	0	Tabac (20cig/j depuis 15 ans)
P10	M6	F	32ans	5	6'	1 bébé de 13 mois, séparée	En activité (IDE)	Dépression du post partum trt	0
P11	M6	F	48 ans	13	20'	Mariée Pas d'enfant	En activité (secrétaire)	0	0
P12	M7	H	27 ans	8	20'	Célibataire 0 enfant	En activité (chiropracteur)	0	Tabac
P13	M8	H	57 ans	8	15'	Mariée, 1 fille	En activité	Myélome trt	0
P14	M7	F	48 ans	6	18'	Mariée, des enfants	En activité	0	0
P15	M8	H	75ans	11	25'	En couple, des enfants	Retraité	Cardiopathie stenté trt	0

Tableau 1. Données socio-démographiques

## Serment d'Hippocrate

### SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,  
Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

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

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

## Résumé

### **Introduction :**

En France, l'alcool est une cause majeure d'hospitalisation et de mortalité évitable. Le dépistage de la consommation est souvent peu abordé en consultation médicale malgré son impact social et sanitaire important. Plusieurs études sur le ressenti des médecins ont été réalisées, mais très peu sur celui des patients.

### **Objectif :**

L'objectif principal est d'explorer le vécu des patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool concernant le repérage en médecine générale afin d'améliorer leur repérage.

L'objectif secondaire est de connaître les attentes des patients par rapport à leur repérage vis-à-vis de leur médecin traitant.

### **Matériel et méthode :**

Étude qualitative par entretien semi-dirigé individuel entre décembre 2023 et février 2024.

Chez des patients recrutés dans la salle d'attente de médecins volontaires dans le bassin cannois et le canton de Fayence et présentant un score FACE  $\geq 4$  chez la femme et  $\geq 5$  chez l'homme.

Analyse inspirée de la théorisation ancrée, à l'aide du logiciel N'vivo.

### **Résultats :**

15 patients ont été interrogés. La consommation d'alcool a été abordée en consultation pour six patients. Des motivations et freins au repérage ont été décrits par tous les patients. Les patients ont des attentes diverses. La majorité des patients proposent un dépistage systématique.

### **Discussion :**

Réel problème de santé publique, le trouble de l'usage de l'alcool est encore peu abordé en consultation. Principalement par déni du patient et manque de temps du praticien ressenti par le patient. Les patients ont des motivations plutôt d'ordre extrinsèque à l'abord du repérage de leur consommation d'alcool en consultation. L'utilisation de score, une meilleure connaissance du sujet par les médecins et une relation médecin-patient solide permettra de faciliter ce repérage et d'aider les patients qui le souhaitent. Il serait intéressant de confronter ces résultats avec le point de vue de patients n'ayant pas de troubles de l'usage de l'alcool.

**Mots-clés :** trouble usage de l'alcool, expérience, patients, médecine générale, repérage.