



Université de Bourgogne  
UFR des Sciences de Santé  
Circonscription Médecine



**ANNEE 2023**

N°

**TITRE DE LA THESE**

Quels sont les freins et leviers au repérage d'un trouble lié à l'usage de l'alcool en médecine générale ? Etude qualitative auprès de patients d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire Nivernaise

**THESE**

Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon  
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 5 mai 2023

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par EYMANN Mathieu

Né le 14/09/1990

A Langres (52)

## **AVERTISSEMENT**

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourt une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.



Université de Bourgogne  
UFR des Sciences de Santé  
Circonscription Médecine



**ANNEE 2023**

N°

**TITRE DE LA THESE**

Quels sont les freins et leviers au repérage d'un trouble lié à l'usage de l'alcool en médecine générale ? Etude qualitative auprès de patients d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire Nivernaise

**THESE**

Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon

Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 5 mai 2023

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par EYMANN Mathieu

Né le 14/09/1990

A Langres (52)

Année Universitaire 2022-2023  
au 1<sup>er</sup> **Septembre 2022**

**Doyen :**  
Assesseurs :

**M. Marc MAYNADIÉ**  
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON  
Mme Laurence DUVILLARD

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

			<b>Discipline</b>
M.	Jean-Louis	<b>ALBERINI</b>	Biophysiques et médecine nucléaire
M.	Sylvain	<b>AUDIA</b>	Médecine interne
M.	Marc	<b>BARDOU</b>	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	<b>BASTIE</b>	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	<b>BAULOT</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Christophe	<b>BEDANE</b>	Dermato-vénérologie
M.	Yannick	<b>BEJOT</b>	Neurologie
M.	Moncef	<b>BERHOUMA</b>	Neurochirurgie
Mme	Christine	<b>BINQUET</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Philippe	<b>BONNIAUD</b>	Pneumologie
M.	Alain	<b>BONNIN</b>	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	<b>BONNOTTE</b>	Immunologie
M.	Olivier	<b>BOUCHOT</b>	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	<b>BOUHEMAD</b>	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Benjamin	<b>BOUILLET</b>	Endocrinologie
M.	Alexis	<b>BOZORG-GRAYELI</b>	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme	Marie-Claude	<b>BRINDISI</b>	Nutrition
M.	Alain	<b>BRON</b>	Ophtalmologie
Mme	Mary	<b>CALLANAN (WILSON)</b>	Hématologie type biologique
M.	Patrick	<b>CALLIER</b>	Génétique
Mme	Catherine	<b>CHAMARD-NEUWIRTH</b>	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	<b>CHARLES</b>	Réanimation
M.	Jean-Christophe	<b>CHAUVET-GELINIER</b>	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
M.	Nicolas	<b>CHEYNEL</b>	Anatomie
M.	Alexandre	<b>COCHET</b>	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	<b>CORMIER</b>	Urologie
M.	Yves	<b>COTTIN</b>	Cardiologie
M.	Charles	<b>COUTANT</b>	Gynécologie-obstétrique
Mme	Catherine	<b>CREUZOT-GARCHER</b>	Ophtalmologie
M.	Frédéric	<b>DALLE</b>	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	<b>DE ROUGEMONT</b>	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	<b>DEVILLIERS</b>	Médecine interne
Mme	Laurence	<b>DUVILLARD</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	<b>FACY</b>	Chirurgie générale
Mme	Laurence	<b>FAIVRE-OLIVIER</b>	Génétique médicale
Mme	Patricia	<b>FAUQUE</b>	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	<b>FRANCOIS-PURSSELL</b>	Médecine légale et droit de la santé
Mme	Marjolaine	<b>GEORGES</b>	Pneumologie
M.	François	<b>GHIRINGHELLI</b>	Cancérologie
M.	Charles	<b>GUENANCIA</b>	Physiologie
M.	Pierre Grégoire	<b>GUINOT</b>	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	<b>HUET</b>	Pédiatrie
Mme	Agnès	<b>JACQUIN</b>	Physiologie
M.	Pierre	<b>JOUANNY</b>	Gériatrie
M.	Philippe	<b>KADHEL</b>	Gynécologie-obstétrique
M.	Sylvain	<b>LADOIRE</b>	Histologie
M.	Gabriel	<b>LAURENT</b>	Cardiologie
M.	Côme	<b>LEPAGE</b>	Hépto-gastroentérologie

M.	Romarc	<b>LOFFROY</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	<b>LORGIS</b>	Cardiologie
M.	Jean-Francis	<b>MAILLEFERT</b>	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	<b>MANCKOUNDIA</b>	Gériatrie
M.	Sylvain	<b>MANFREDI</b>	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	<b>MARTIN</b>	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	<b>MASSON</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	<b>MAYNADIÉ</b>	Hématologie – transfusion
M.	Marco	<b>MIDULLA</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	<b>MOREAU</b>	Neurologie
Mme	Christiane	<b>MOUSSON</b>	Néphrologie
M.	Paul	<b>ORNETTI</b>	Rhumatologie
M.	Pablo	<b>ORTEGA-DEBALLON</b>	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	<b>PAGES</b>	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	<b>PETIT</b>	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	<b>PHILIPPE</b>	Génétique
M.	Lionel	<b>PIROTH</b>	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	<b>QUANTIN</b>	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	<b>QUENOT</b>	Réanimation
M.	Patrick	<b>RAT</b>	Chirurgie générale
M.	Patrick	<b>RAY</b>	Médecine d'urgence
M.	Jean-Michel	<b>REBIBOU</b>	Néphrologie
M.	Frédéric	<b>RICOLFI</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Maxime	<b>SAMSON</b>	Médecine interne
M.	Emmanuel	<b>SAPIN</b>	Chirurgie Infantile
M.	Emmanuel	<b>SIMON</b>	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	<b>STEINMETZ</b>	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	<b>THAUVIN</b>	Génétique
M.	Benoit	<b>TROJAK</b>	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Gilles	<b>TRUC</b>	Oncologie-Radiothérapie
M.	Pierre	<b>VABRES</b>	Dermato-vénéréologie
M.	Bruno	<b>VERGÈS</b>	(Mission temporaire à Londres du 01/09/2021 au 31/08/2023) Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	<b>ZWETYENGA</b>	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

## PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	<b>BEDENNE</b>	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean-François	<b>BESANCENOT</b>	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Bernard	<b>BONIN</b>	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Laurent	<b>BRONDEL</b>	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	François	<b>BRUNOTTE</b>	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Jean-Marie	<b>CASILLAS-GIL</b>	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Pascal	<b>CHAVANET</b>	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean-Pierre	<b>DIDIER</b>	(01/11/2021 au 31/10/2024)
M.	Serge	<b>DOUVIER</b>	(15/12/2020 au 14/12/2023)
M.	Maurice	<b>GIROUD</b>	(01/09/2022 au 31/12/2025)
M.	Paul	<b>SAGOT</b>	(02/11/2022 au 31/10/2025)
M.	Pierre	<b>TROUILLOUD</b>	(01/09/2020 au 31/08/2023)

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			<b>Discipline Universitaire</b>
Mme	Lucie	<b>AMOUREUX BOYER</b>	Bactériologie
Mme	Julie	<b>BARBERET</b>	Biologie et médecine du développement et de la reproduction- gynécologie médicale
Mme	Louise	<b>BASMACIYAN</b>	Parasitologie-mycologie
Mme	Shaliha	<b>BECHOUA</b>	Biologie et médecine du développement
M.	Guillaume	<b>BELTRAMO</b>	Pneumologie
M.	Mathieu	<b>BLOT</b>	Maladies infectieuses
Mme	Marie-Lorraine	<b>CHRETIEN</b>	Hématologie
Mme	Vanessa	<b>COTTET</b>	Nutrition
M.	Damien	<b>DENIMAL</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Valentin	<b>DERANGERE</b>	Histologie
Mme	Ségolène	<b>GAMBERT</b>	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	<b>GOIRAND</b>	Pharmacologie fondamentale
M.	David	<b>GUILIER</b>	Anatomie, chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
M.	Alain	<b>LALANDE</b>	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	Stéphanie	<b>LEMAIRE-EWING</b>	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Anne-Sophie	<b>MARIET</b>	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Pierre	<b>MARTZ</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Thomas	<b>MOUILLOT</b>	Physiologie
M.	Alain	<b>PUTOT</b>	Gériatrie
			(Disponibilité pour convenances personnelles)
Mme	Claire	<b>TINEL</b>	Néphrologie
M.	Antonio	<b>VITOBELLO</b>	Génétique
M.	Paul-Mickaël	<b>WALKER</b>	Biophysique et médecine nucléaire

## PROFESSEURS ASSOCIES DES DISCIPLINES MEDICALES

M.	Ludwig Serge	<b>AHO GLELE</b>	Hygiène hospitalière
M.	Victorin	<b>AHOSSI</b>	Odontologie
M.	Jacques	<b>BEURAIN</b>	Neurochirurgie
M.	Jean-Michel	<b>PINOIT</b>	Pédopsychiatrie

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Katia	<b>MAZALOVIC</b>	Médecine Générale
Mme	Claire	<b>ZABAWA</b>	Médecine Générale

## PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Clément	<b>CHARRA</b>	Médecine Générale
M.	Arnaud	<b>GOUGET</b>	Médecine Générale
M.	François	<b>MORLON</b>	Médecine Générale
M.	Rémi	<b>DURAND</b>	Médecine Générale
Mme	Anne	<b>WALDNER</b>	Médecine Générale

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jérôme	<b>BEAUGRAND</b>	Médecine Générale
M.	Benoit	<b>DAUTRICHE</b>	Médecine Générale
M.	Alexandre	<b>DELESVAUX</b>	Médecine Générale
M.	Olivier	<b>MAIZIERES</b>	Médecine Générale
Mme	Ludivine	<b>ROSSIN</b>	Médecine Générale

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

Mme	Anaïs	<b>CARNET</b>	Anglais
Mme	Catherine	<b>LEJEUNE</b>	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	<b>JEGO</b>	Biologie Cellulaire

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

Mme	Marianne	<b>ZELLER</b>	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

### **PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE**

Mme	Marceline	<b>EVRARD</b>	Anglais
Mme	Lucie	<b>MAILLARD</b>	Anglais

### **PROFESSEUR CERTIFIE**

M.	Philippe	<b>DE LA GRANGE</b>	Anglais
----	----------	---------------------	---------

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES**

M.	Mathieu	<b>BOULIN</b>	Pharmacie clinique
M.	François	<b>GIRODON</b>	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	<b>KOHLI</b>	Immunologie
M.	Antonin	<b>SCHMITT</b>	Pharmacologie

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES**

Mme	Amélie	<b>CRANSAC</b>	Pharmacie clinique
M.	Philippe	<b>FAGNONI</b>	Pharmacie clinique
M.	Marc	<b>SAUTOUR</b>	Botanique et cryptogamie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

## COMPOSITION DU JURY

**Président :**

Monsieur le Professeur DEVILLIERS Hervé

**Membres :**

Monsieur le Professeur associé MORLON François

Monsieur le Docteur DAUTRICHE Benoit

Monsieur le Docteur CHAUVOT Laurent

## SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.*

*Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

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

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

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

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

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

# REMERCIEMENTS

**Aux membres du Jury,**

**A monsieur le Professeur Hervé Devilliers,**

Je vous remercie sincèrement de me faire l'honneur de présider à ce jury de thèse. Vos compétences de clinicien mais également d'enseignant universitaire donnent une valeur supplémentaire à ce travail. Je tiens à vous témoigner ici toute mon admiration pour le temps que vous consacrez à la formation et l'accompagnement de jeunes médecins qui acquièrent, à votre contact, des connaissances mais aussi des qualités humaines indispensables. Merci.

**A monsieur le Professeur François Morlon,**

Merci à vous, Professeur, pour votre participation à ce jury de thèse et pour votre regard sur mon travail. Je vous suis également très reconnaissant pour votre enseignement au sein du département de médecine générale. Vos qualités de pédagogue et votre bienveillance ont contribué à faciliter mon cheminement, et probablement celui de bien d'autres internes, à travers ces années de troisième cycle d'études médicales.

**A monsieur le Docteur Benoit Dautriche,**

Je vous remercie d'avoir accepté d'évaluer mon travail et de participer à mon jury de thèse. Merci pour le temps consacré à l'enseignement au sein du département de médecine générale et la qualité de celui-ci.

**A monsieur le Docteur Laurent Chauvot,**

Un grand merci à toi, Laurent, pour m'avoir accompagné durant toutes ces années en tant que tuteur puis directeur de thèse. Je mesure la chance que j'ai eu d'être encadré par un médecin aussi dynamique et disponible. Merci d'avoir été là au moment où j'en avais besoin, de m'avoir donné les clés pour faire face aux difficultés lorsqu'elles se présentaient, d'avoir partagé sans réserve tes connaissances et ton expérience. Merci pour ton compagnonnage et pour l'exemple que tu m'as donné dans l'exercice de la médecine.

### **Aux participants de cette thèse,**

Merci aux douze personnes qui ont accepté de donner de leur temps pour répondre à mes questions. Merci pour la spontanéité de vos réponses et votre curiosité qui ont grandement contribué à la qualité de ce travail.

Merci à Florence pour ta gentillesse, d'avoir repéré mon addiction au café et accepté de partager la cafetière mais également d'avoir accepté de participer à l'analyse de cette thèse.

### **A mes amis,**

Merci à toute la bande de haut-marnais qui m'a supporté depuis toutes ces années ! Merci à Milou et Bribri pour toutes ces heures de cours au lycée rendues beaucoup moins longues grâce à vous (Désolé d'ailleurs Bribri d'avoir eu une mauvaise influence sur toi). Merci à Momo pour m'avoir fait découvrir Chalindrey, son Colruyt®, sa gendarmerie... Merci à Brebre et Geo pour votre amitié, j'ai passé les meilleurs bals de ma vie avec vous. Vous voilà lancés dans une nouvelle aventure avec la petite Charlie et c'est vraiment un plaisir de vous voir grandir tous les trois. Merci Sfezo pour les soirées à St-Broingt les marchés de pays, les voyages en Italie ou au Pays de Galles pour te voir te faire du mal et pour m'avoir donné envie de courir aussi... Bizarrement. Merci à toi Pouki de m'avoir initié au rugby. Les retours du dimanche n'étaient pas toujours faciles mais je reprendrais bien le bus encore une fois ou deux. Merci aussi pour le tournoi de belote même si je pense qu'on avait le potentiel pour gagner.

Matix, Ralala... 5 secondes 8 vraiment ? Merci pour toutes les soirées où on a quand même bien vécu et merci d'être resté le même après tout ce temps. Merci Fred et Simon pour les week-ends à Gre, les aventures dans des villes inconnues et tous les bons moments passés avec vous. Merci à Daguette, Maxou, Catfish, Lolow, Kebab, Adri, etc... J'ai de la chance de vous avoir tous rencontrés !

Merci à toi David pour toutes ces années de médecine passées ensemble ! On va avoir pas mal de choses à fêter cette année. Heureusement qu'il nous reste le Chien à Plumes pour débriefer de temps en temps. Merci d'avoir toujours été là en cas de besoin et pour les conseils toujours bien dosés.

Merci à toute l'équipe de Semur pour les six premiers mois d'internat que vous avez rendu beaucoup plus faciles. Merci à Nico pour ton amitié et les bons conseils que tu as donné au novice que j'étais.

Merci à l'équipe de Champmaillot pour ce semestre Dijonnais qui aura été mon dernier passage à l'hôpital. Merci à Sharmine pour m'avoir supporté durant ces quelques mois au B2. Merci à Camille et Quentin pour avoir partagé leur terrasse et surtout pour tous les bons moments passés ensemble. Merci à Jérémie, le meilleur senior qu'on puisse avoir.

Merci à l'équipe des urgences de Mâcon, et à mes co-internes Manu, Caleb, Quentin, Aurélie, Pierre et Haroun pour ce semestre. C'était vraiment cool de bosser avec vous et de profiter de l'ambiance de l'internat de Mâcon ensemble, définitivement le meilleur des semestres de mon internat grâce à vous.

Un grand merci à l'équipe de PMI de Châlon, pour votre accueil incroyable, pour votre bonne humeur et votre gentillesse. C'était vraiment un plaisir de passer ces quelques mois avec vous. Vous faites un travail incroyable.

Merci à toute l'équipe d'Epinaç, à Gérard et Hélène pour votre accueil et pour l'ambiance chaleureuse du travail avec vous à la maison de santé. Merci à Nava pour son amitié et pour avoir été là au moment où j'en avais besoin.

Merci au Docteur Denis Roger pour m'avoir montré ce que pouvait être la médecine générale en campagne. Merci pour l'exemple que vous m'avez donné et pour votre enseignement.

### **A ma famille,**

Merci à mes parents. Vous m'avez toujours encouragé et fait confiance. Vous avez toujours été là pour me conseiller, et malgré mon caractère difficile, essayer de m'indiquer la bonne direction. J'ai de la chance de vous avoir eu pour modèles tous les deux. Vous avez fait en sorte qu'avec Benjamin nous puissions faire ce que nous voulions de nos vies et vous avez réussi.

Merci Benji d'avoir partagé avec moi nos années d'enfance, nos jouets, les épées tortues ninjas, nos vacances un peu partout en France... Un grand frère c'est une référence pour l'école, pour le vélo, pour la pêche, pour le foot, pour les soirées, pour les bêtises... Je te suis reconnaissant d'avoir été là tout ce temps. Merci aussi de m'avoir fait voyager à travers vos aventures avec Adèle ces dernier mois. La suite promet d'être intéressante.

Merci à toute la famille Maire pour avoir su garder un lien aussi fort tout au long de ces années. Merci à Françoise également, merci pour votre présence dans les moments importants. Merci pour toutes ces fêtes de famille qui ressemblent à des réunions de tribu où nous nous rendons compte que le temps et la distance ne changent pas les liens que nous partageons. Merci en particulier à mes deux conscrits Max et Thomas pour tous les bons moments passés ensemble, des séances d'ordi qui durent toute la journée au job d'été en Suisse... Bref, on ne profite jamais assez d'une famille aussi géniale.

A Pascale, tu ne sauras jamais à quel point j'aurais aimé que tu sois là...

---

## Table des matières

---

<b>Table des matières</b>	<b>11</b>
<b>Table des tableaux et figures</b>	<b>12</b>
<b>ABREVIATIONS</b>	<b>13</b>
<b>QUELQUES DONNEES</b>	<b>14</b>
I. Quelques chiffres sur la consommation d'alcool	14
II. « Abus », « Dépendance » ou « Alcoolisme » : bien définir le problème	15
III. Faible consommation d'alcool et risques pour la santé, évolution des connaissances	16
IV. L'apport du Repérage Précoce et de l'Intervention Brève (RPIB)	18
V. Le Défi de Janvier, un ersatz français du « Dry January » anglo-saxon ?	19
<b>INTRODUCTION</b>	<b>20</b>
<b>MATERIEL ET METHODE</b>	<b>21</b>
I. Type d'étude	21
II. Echantillonnage	21
III. Guide d'entretien	22
IV. Analyse des données	24
<b>RESULTATS</b>	<b>25</b>
I. Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée	25
II. Analyse des résultats	27
1. Connaissances sur le sujet	27
a. Le défi de Janvier, une campagne de santé publique méconnue	27
b. Risques associés à l'alcool : Le foie en première ligne	27
c. Les conséquences sociales du mésusage de l'alcool	28
d. Atteintes neurologiques, atteintes cardiovasculaires, dépendances, accidents de la route : moins fréquemment évoqués	28
e. Les cancers : dans l'angle mort des risques liés à la consommation d'alcool ?	29
f. Les repères de consommation d'alcool : beaucoup d'approximations	29
g. Comparaison à d'autres substances addictogènes	30
2. Ressenti concernant le dépistage par le médecin généraliste	32
a. Aborder la question avec son médecin traitant	32
b. Eléments en faveur du dépistage par le médecin traitant	33
c. Eléments en défaveur du dépistage par le médecin traitant	34
d. L'abord avec d'autres professionnels de santé en soins primaires	34
4. Attentes et suggestions concernant le dépistage	36
a. Attitude du médecin généraliste	36
b. Modalités de dépistage	37
c. Remarques libres	38
5. Mise en pratique du dépistage	40
a. Questionnaire FACE	40
b. Intervention brève	42

<b>DISCUSSION</b>	<b>43</b>
<b>I. Forces et limites de l'étude</b>	<b>43</b>
1. Forces de l'étude	43
c. Approche centrée sur le patient	43
d. L'apport de la recherche qualitative	43
e. Recrutement des sujets au hasard des consultations	43
f. Entretiens immédiatement après recrutement	44
g. Saturation des données	44
h. Triangulation	44
2. Limites et biais	44
a. Biais d'échantillonnage	44
b. Une étude monocentrique	45
c. Manque d'expérience de l'investigateur	45
d. Biais d'acquiescement	45
e. Perte de données	45
f. Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat Libéral(e) ou infirmier(e) ASALEE	46
<b>II. Mise en perspective des résultats</b>	<b>47</b>
1. Connaissance insuffisante des risques liés à l'alcool	47
2. Des éléments nouveaux sur la perception du dépistage	48
3. Un dépistage écrit et anonyme, une tentative de contourner les difficultés ?	49
4. Mise à distance du problème	49
<b>III. Implications pour la pratique professionnelle</b>	<b>50</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>51</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>54</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>59</b>

## Table des tableaux et figures

<b>Tableau 1 : Prévalences du trouble de l'usage de l'alcool par sexe et par âge évalué avec le score AUDIT, Cohorte CONSTANCES</b>	14
<b>Tableau 2 : Critères diagnostiques du trouble lié à l'usage de l'alcool du DSM-5</b>	15
<b>Tableau 3 : Questionnaire FACE : Un outil de dépistage adapté pour les médecins généralistes français (D'après Dewost et al. 2006)</b>	16
<b>Tableau 4 : Grille d'entretien</b>	23
<b>Tableau 5 : Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée</b>	26
<b>Tableau 6 : Résultats au questionnaire FACE par question et par participant</b>	42
<b>Figure 1 : Risque relatif d'années de vie en bonne santé perdues en fonction de la consommation quotidienne d'alcool (d'après Global Burden of Disease Study, 2018)</b>	17
<b>Figure 2 : Nombre de participants par risque cité au cours de l'entretien</b>	31
<b>Figure 3 : comparaison de la perception de la nocivité de différentes substances addictogènes</b>	31
<b>Figure 4 : forces et faiblesses du dépistage par le médecin traitant</b>	35
<b>Figure 5 : Attente des participants concernant l'attitude du médecin généraliste lors du sujet de l'alcool</b>	40

---

## ABREVIATIONS

---

- OCDE : Organisation de Coordination et de Développement Economique
- PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
- AUDIT : Alcohol Use Disorders Test
- APA : American Psychiatric Association
- DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5<sup>ème</sup> édition
- HAS : Haute Autorité de Santé
- FACE : Fast Alcohol Consumption Evaluation
- RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève
- CSP : Catégorie Socio-Professionnelle
- ASALEE : Action de SAnté Libérale En Equipe

---

## QUELQUES DONNEES

---

### I. Quelques chiffres sur la consommation d'alcool

Notre pays a un rapport particulier à l'alcool. En effet, avec en 2016 une consommation moyenne de 12,6 litres d'alcool pur par an et par habitant de plus de 15 ans, la France se place au sixième rang parmi les 34 pays de l'OCDE(1). Le vin y occupe toujours une place particulière et représente en 2021 54% du volume d'alcool pur mis en vente (2).

Il est fréquent d'entendre rappeler que la consommation d'alcool fait partie de notre patrimoine et de notre art de vivre, ce qui est vrai. Il est cependant beaucoup moins fréquent d'entendre rappeler que la consommation d'alcool est la deuxième cause de mortalité évitable en France avec 41000 décès chaque année (3) et qu'elle représente un coût d'environ 120 milliard d'euros par an, à peu près équivalent à celui du tabac (4). Il est à noter par ailleurs que l'alcool est souvent impliqué dans les accidents de la voie publique, les violences intra-familiales, les incivilités, etc...

Une analyse des données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) a également démontré que l'alcool était, en 2012, l'une des toutes premières causes d'hospitalisation en France (5). Il semble également pertinent de rappeler que, selon les résultats d'une étude réalisée à partir des données de 2009, la proportion de mortalité attribuable à l'alcool chez les hommes comme chez les femmes était bien plus élevée en France que dans les autres pays européens (6).

On peut également évoquer ici les données issues de la cohorte CONSTANCES qui ont permis d'estimer la prévalence des troubles de l'usage de l'alcool en utilisant le score AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) (Tableau 1). Dans cette population, la consommation à risque concernait environ 20% des hommes et 8% des femmes, la dépendance environ 4% des hommes et 1% des femmes (7).

#### Prévalences d'usage à risque de l'alcool



Risque évalué avec l'AUDIT	18 à 35 ans	36 à 50 ans	51 ans et plus
<b>HOMMES</b>			
Dangereux (8-15)	30,7 %	15,7%	13,9%
Problématique ou dépendance (>15)	5,8%	5,0%	2,4%
<b>FEMMES</b>			
Dangereux (8-15)	12,9%	5,7%	4,9%
Problématique ou dépendance (>15)	1,6%	0,9%	0,9%

Prévalences pondérées issues de l'échantillon de 2014 (n=13 518)

Tableau 1 : Prévalences du trouble de l'usage de l'alcool par sexe et par âge évalué avec le score AUDIT, Cohorte CONSTANCES

Cependant, si la question du tabac et du sevrage tabagique fait l'objet de nombreuses initiatives (Mois sans tabac, Tab'agir, remboursement des substituts nicotiques, augmentation des taxes, campagnes de prévention télévisuelles, etc...), la mise en avant des risques liés à la consommation d'alcool semble plus difficile à défendre socialement et les efforts mis en œuvre sont bien plus timorés comparativement au coût en termes de santé publique (8).

## II. « Abus », « Dépendance » ou « Alcoolisme » : bien définir le problème

Il apparaît nécessaire dans ce préambule de mettre en place quelques définitions en lien avec le sujet de cette étude.

L'association américaine de psychiatrie (*American Psychiatric Association, APA*), dans la quatrième version de sa classification des troubles psychiatriques (*Diagnostic and Statistical Manual, DSM*), distinguait l'**abus** et la **dépendance** à l'alcool (9). Dans sa cinquième version du DSM, publiée en 2013, l'APA a choisi de regrouper ces différentes notions sous le terme de **trouble lié à l'usage de l'alcool** (10). Ce trouble est défini par la présence, sur une période de 12 mois, d'au moins deux symptômes parmi les onze décrits dans le DSM-5 (*Tableau 2*), avec différents degrés de sévérité :

- Léger : 2-3 symptômes
- Modéré : 4-5 symptômes
- Sévère/addiction : 6 symptômes ou plus

**Tableau 2 : Critères diagnostiques du trouble lié à l'usage de l'alcool du DSM-5**

1. Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures (au travail, à l'école ou à la maison).
2. Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
3. Craving ou désir urgent de consommer.
4. Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance.
5. Tolérance, définie par l'une des manifestations suivantes :
  - Besoin de quantités toujours plus grandes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;
  - Effets nettement diminués en cas d'usage continu de la même quantité de substance.
6. Sevrage (« manque ») se manifestant par l'un des signes suivants :
  - Apparition de symptômes de sevrage, variables selon la substance ;
  - La même substance (ou une autre) est consommée pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
7. Substance prise en quantité supérieure ou pendant plus de temps que ce que la personne avait envisagé.
8. Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance.
9. Temps considérable consacré à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.
10. Abandon ou réduction d'activités (sociales, occupationnelles, loisirs) en raison de l'utilisation d'un produit.
11. Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

Cette définition du trouble lié à l'usage de l'alcool, qui inclut la consommation à risque et la dépendance, est celle que nous avons utilisé pour définir le périmètre du dépistage.

Le dépistage standard, tel que défini dans cette étude, repose sur les dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) avec notamment l'utilisation du questionnaire FACE (Fast Alcohol Consumption Evaluation) (11). Cet outil a l'avantage d'avoir été comparé au questionnaire de référence AUDIT et validé pour une utilisation en médecine générale en France (12). Il permet également de définir deux seuils distincts pour la consommation à risque et la dépendance. Ainsi cette méthode de dépistage paraît pertinente dans le cadre d'une intervention dans la population générale en association avec une démarche de prévention (*Tableau 3*).

Comparison of FACE and AUDIT Test Values in the Study				
	Se	Sp	PPV	NPV
	(%)	(%)	(%)	(%)
Heavy drinking				
Men AUDIT (score>6)	76.9	84.3	52.6	94.2
Men FACE (score>4)	87.8	74.0	43.4	96.4
Women AUDIT (score>5)	62.5	94.7	55.6	96.0
Women FACE (score>3)	84.4	84.0	35.5	98.1
Abuse or dependence				
Both genders AUDIT (score >12)	69.4	98.0	71.4	97.8
Both genders FACE (score>8)	75.0	95.8	55.1	98.2

PPV : positive predictive value; NPV : negative predictive value; Se : sensitivity; Sp : specificity.

**Tableau 3 : Questionnaire FACE : Un outil de dépistage adapté pour les médecins généralistes français (D'après Dewost et al. 2006)**

### III. Faible consommation d'alcool et risques pour la santé, évolution des connaissances

Ces dernières années, les connaissances concernant l'impact de la consommation d'alcool sur la santé se sont affinées. Si les effets d'une consommation élevée d'alcool sont bien documentés, notamment pour la cirrhose hépatique (13) ou certains cancers (Sein, Colorectal, Foie, Voies aérodigestives supérieures...) (14), la question des risques pour la santé d'une consommation faible à modérée fait encore débat aujourd'hui. C'est pourtant la réponse à cette question qui doit déterminer la pertinence des seuils de consommations recommandés en population générale et, du même coup, donner du poids à la démarche de dépistage et de prévention en soins primaires.

Il paraît intéressant d'évoquer ici une étude publiée en 2018 et basée sur l'analyse de la consommation d'alcool, la mortalité attribuable à l'alcool et le nombre d'années de vie en bonne santé perdues de 195 pays entre 1990 et 2016. La valeur de cette méta-analyse repose notamment sur le nombre de bases de données et d'études analysées (694 bases de données comprenant 592 études) (15).

Les résultats de cette étude montraient notamment une augmentation continue du risque relatif pour la plupart des pathologies considérées. Une diminution de ce risque relatif (modélisé sous la forme de courbe en J) était observée pour de faibles consommations (0,83 verre standard par jour pour les hommes, 0,92 verre standard pour les femmes) pour la maladie cardiaque ischémique.

Les auteurs concluaient d'une part que le seuil de risque minimal de dommages pour la santé est de zéro verre standard par jour (*Figure 1*). Et d'autre part, que la diminution du risque relatif de maladie cardiaque ischémique observée pour des faibles consommations est largement compensée par

l'augmentation du risque global du fait notamment de la forte association entre consommation d'alcool et cancer.

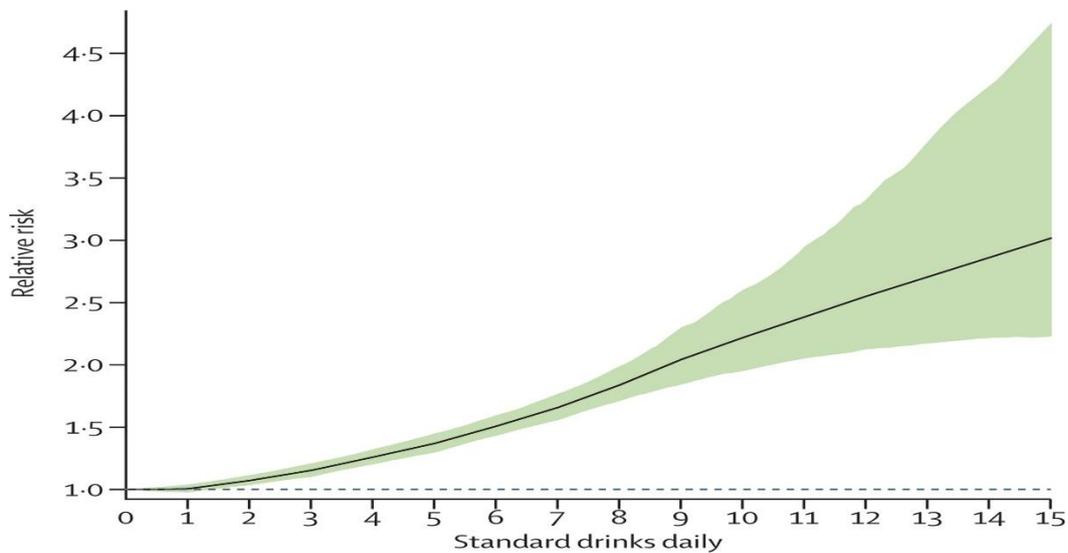


Figure 1 : Risque relatif d'années de vie en bonne santé perdues en fonction de la consommation quotidienne d'alcool (d'après Global Burden of Disease Study, 2018)

L'hypothèse d'un effet protecteur de l'alcool à faibles doses pour les maladies cardiovasculaires a fait l'objet de nombreux débats et a été à l'origine du célèbre « French paradox » (16) qui a imprégné durablement l'imaginaire collectif en France. Les mécanismes avancés étaient notamment une diminution de l'agrégation plaquettaire, l'élévation du HDL cholestérol ou encore une diminution de l'inflammation systémique en rapport avec la consommation de faibles quantités d'alcool (17). Une étude réalisée en 2014 aux Etats-Unis a d'ailleurs montré que 30% des patients interrogés sur le sujet considéraient l'alcool comme bon pour la santé cardiaque et que dans ce groupe, la consommation d'alcool était significativement supérieure (18).

Plusieurs études et méta-analyses récentes viennent remettre en cause cette hypothèse d'un effet protecteur de l'alcool. Une analyse de méta-régression, publiée en 2016 et incluant 87 études, a mis en évidence qu'après ajustement aux différents biais potentiels et autres co-variables d'intérêt, le risque relatif de mortalité toute causes chez les buveurs à faible niveau de consommation était de 0,97 [IC 95 % : 0,88-1,07] (19).

On peut également citer ici les travaux récents utilisant la génétique pour s'affranchir des biais de l'épidémiologie observationnelle. C'est notamment le cas concernant la consommation d'alcool déclarée, et de nouvelles méthodes utilisant la randomisation mendélienne permettent une nouvelle approche de cette question. Ces études vont dans le sens d'une absence d'effet protecteur de l'alcool tant sur le plan cardiovasculaire que neurologique (20–22).

Concernant les atteintes neurologiques liées à la consommation d'alcool, une vaste étude française publiée en 2018 suggère que l'alcool est un facteur de risque majeur de démence et particulièrement de démence précoce (<65ans) (23). Concernant l'effet de faibles niveaux de consommation, les résultats sont discordants selon les études. Certaines suggèrent une réduction du risque de démence avec une consommation de 6 grammes d'alcool pur par jour (24) ou encore inférieure à 40 grammes par jour (25). Néanmoins, ces éléments ne sont pas suffisants pour encourager une consommation même modérée d'alcool en prévention de la démence (26).

En dépit de ces interrogations autour des risques ou bénéfiques potentiels d'une faible consommation d'alcool, il est intéressant de constater qu'au-delà d'environ deux verres (ou 20g d'alcool pur) par jour, la plupart des études s'accordent sur une augmentation du risque relatif pour l'ensemble des pathologies étudiées. (15)

#### IV. L'apport du Repérage Précoce et de l'Intervention Brève (RPIB)

Le dépistage précoce et la prévention se développent énormément dans la pratique actuelle de la médecine en France et dans le monde. Ainsi les médecins généralistes sont encouragés à élargir leur pratique afin de repérer et prévenir de manière plus systématique diverses situations pouvant amener à une altération de la santé des patients. Dans cette optique, la HAS a actualisé en Janvier 2021 ses outils d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève pour l'alcool, le tabac et le cannabis chez l'adulte (11). A l'échelle internationale, l'Organisation Mondiale de la Santé dans son plan d'action contre l'alcool 2022-2030 suggère de renforcer la mise en œuvre des stratégies de réduction de l'usage nocif de l'alcool, le dépistage par les professionnels de santé et la recherche universitaire sur ce sujet (27).

Le RPIB associe le dépistage d'une consommation à risque d'alcool puis la délivrance d'une information et de conseils personnalisés. L'intervention brève est un outil dont l'usage s'est étendu depuis plus d'une vingtaine d'années. Elle repose généralement sur le modèle FRAMES (28) qui associe :

- **Feedback (compte rendu)** personnalisé des risques encourus basé sur le dépistage préalable.
- Mise en avant de la **Responsabilité** du sujet dans le choix de changer ou poursuivre le comportement.
- **Advice (conseil)** : délivrance d'un conseil de modification de comportement.
- **Menu** : proposer un ensemble de stratégies permettant cette modification de comportement.
- **Empathie** : favoriser l'alliance thérapeutique par une approche collaborative et empathique.
- **Self-efficacy (sentiment d'auto-efficacité)** : renforcement positif du sujet dans sa capacité à modifier son comportement.

Ce type d'intervention se définit également par sa brièveté avec un maximum de 5 entretiens et une durée totale de moins de 60 minutes (29).

Une publication récente incluant 69 études a analysé l'efficacité de ce type d'intervention en soins primaires (29). Dans ces études, l'intervention brève durait entre 5 et 15 minutes avec le médecin généraliste, environ 30 minutes avec une infirmière. Les auteurs concluaient à des preuves de qualité modérée que les interventions brèves peuvent réduire la consommation d'alcool chez les buveurs à risque et suggéraient de nouveaux travaux pour identifier les facteurs susceptibles d'influencer l'efficacité de ces interventions.

## V. Le Défi de Janvier, un ersatz français du « Dry January » anglo-saxon ?

Ces dernières années ont vu émerger à travers le monde et sous diverses formes des campagnes invitant la population à s'abstenir de consommer de l'alcool pendant une certaine durée. Au Royaume-Uni, la campagne du « Dry January », lancée en 2013, propose aux participants de s'abstenir de consommer de l'alcool pendant tout le mois de Janvier. L'objectif de cette démarche n'est pas, contrairement aux campagnes contre le tabac, de viser à l'abstinence mais plutôt d'encourager les gens à réfléchir et s'interroger sur leur consommation d'alcool, et d'induire un changement de comportement. Encourager cette démarche sous forme de défi permet d'aborder le sujet avec une attitude positive et facilite l'adhésion (30).

Plusieurs travaux ont été menés pour évaluer l'impact de cette campagne anglo-saxonne. Une étude réalisée en 2016 montrait que la participation au « Dry January » était associée à une diminution significative après 6 mois du nombre de jours de consommation d'alcool par semaine, du nombre de verres par occasion et du nombre de jours d'ivresse dans le mois précédent (31). Une augmentation du sentiment d'efficacité personnelle à refuser de consommer sous la pression sociale était également observée.

Malgré la significativité, l'ampleur de ces effets restait relativement modeste. Pour les participants ayant réussi leur défi : environ 1 jour de moins de consommation par semaine, 0,7 verre par occasion et 1,3 épisodes d'ivresse en moins. Pour les participants n'ayant pas réussi : 0,86 jour par semaine, 0,51 verre par jour et 1,7 épisodes d'ivresse en moins. Enfin, les auteurs notaient chez 11% des participants un effet rebond suite à la participation au « Dry January ».

Une autre étude, publiée en 2020, confirmait les bénéfices de cette campagne avec notamment une comparaison à la population générale qui retrouvait les effets observés dans la précédente étude et montrait également que les participants à ce défi ont tendance à être des buveurs à risque, ce qui confirme la pertinence de cette campagne (32).

En France, une enquête réalisée en 2021 (33) montre que seul 42% des sondés ont entendu parler du « Dry January » (contre 61% en 2020). Et si l'initiative conserve un niveau de soutien élevé (68% des participants trouvent que c'est une bonne chose), en revanche 77% des personnes interrogées ne voient pas l'intérêt ou n'ont pas envie d'y participer. Parmi les motivations des participants, l'envie de « détox » suite aux fêtes arrive en première position (42%) suivie par le souhait de perdre du poids (38%) puis d'évaluer sa dépendance à l'alcool (25%) et économiser de l'argent (25%) ou encore mieux dormir (21%).

Le choix du mois de janvier répond à ce désir de « détox » suite aux excès des fêtes de décembre et s'inscrit dans le cadre des bonnes résolutions de début d'année. Ainsi une étude anglo-saxonne de 2016 montrait une augmentation significative des tentatives de réduction de la consommation d'alcool en janvier comparativement aux autres mois (34). Néanmoins, la transposition de cette campagne du « Dry January » en France se heurte à des contraintes culturelles particulières (35). C'est le cas par exemple en Bourgogne avec la fête de la Saint-Vincent, saint patron des vignerons, qui a lieu en janvier comme le montrera l'analyse des entretiens de cette étude.

---

## INTRODUCTION

---

A l'heure où nos sociétés connaissent des bouleversements profonds qui vont impacter durablement nos modes de vie, la médecine est appelée à se réinventer autour de nouvelles pratiques tournées vers la prévention et une prise en charge de plus en plus active et précoce des facteurs de risques d'altération de la santé.

En effet, nous voyons apparaître ces dernières années les limites techniques, économiques et humaines de notre modèle de soins. Pour ne citer que quelques exemples : l'apparition de bactéries multi-résistantes, la saturation du système de santé face au vieillissement de la population, les pénuries de médicaments, les difficultés d'accès aux traitements les plus récents, sont autant de symptômes nous indiquant le besoin de faire évoluer notre approche. Nous ne pouvons plus nous contenter des seuls progrès que nous faisons chaque jour dans le traitement des maladies. Il nous faut maintenant lutter de manière plus intense que jamais contre l'apparition et l'évolution de ces pathologies. Il suffit de regarder les quatre principales causes de mortalité en France : cancer, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires et morts violentes (accidents, suicides, homicides...) (36) pour comprendre à quel point la prévention et l'incitation à la santé peuvent être des leviers fondamentaux.

La prévention de l'apparition de la maladie suscite régulièrement des réticences de la part des patients comme parfois des médecins. La prévention en santé se heurte de plus en plus à la défiance de la population vis-à-vis des autorités politiques et scientifiques (37). Les polémiques autour de la vaccination (38) ou encore des campagnes de prévention pour l'alcool (39) en sont le reflet.

Nous, médecins, devons apprendre à écouter et surtout à entendre ces réticences. Elles sont souvent le reflet de notre manque de pédagogie, de la désinformation parfois organisée par tel ou tel groupe d'influence, de l'angoisse qui accompagne l'hypothèse même de la maladie, et surtout de l'association erronée entre patient et malade. La médecine du futur pourrait être celle qui apprend aux patients à prendre soin d'eux-mêmes et les accompagne avec l'objectif qu'ils ne deviennent pas des malades.

Les troubles liés à l'usage de l'alcool constituent un problème majeur de santé publique dans le monde et plus particulièrement en France. Cette étude a pour objet principal d'explorer la perception des patients concernant le dépistage des troubles liés à l'usage de l'alcool en médecine générale. On peut aussi espérer en leur laissant la parole, entrevoir quelles sont les difficultés à surmonter ou encore d'autres solutions à explorer pour améliorer la démarche de repérage précoce et d'intervention brève sur ce sujet.

---

## MATERIEL ET METHODE

---

### I. Type d'étude

La question abordée dans ce travail de recherche supposait de laisser une certaine latitude de réponse aux personnes interrogées. Dans cette optique, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative par le biais d'entretiens semi-dirigés.

L'analyse de la qualité de cette étude repose sur les lignes directrices COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) validées pour ce type de recherches qualitatives dans le domaine médical (40).

L'orientation méthodologique est celle de la théorie ancrée. Celle-ci répond bien à la nécessité d'obtenir un large éventail de données et de dégager progressivement des concepts théoriques puis de les réévaluer au fil des investigations (41).

### II. Echantillonnage

Le recrutement des sujets a été réalisé dans les salles d'attentes des 6 médecins généralistes installés dans la maison de santé pluridisciplinaire de Garchizy dans la Nièvre.

Le choix d'une étude monocentrique a paru acceptable dans la mesure où la structure choisie comptait un nombre suffisant de praticien pour représenter différentes pratiques de dépistage. Sur le plan géographique également, le choix d'une maison de santé en périphérie d'un centre urbain a permis de recruter des sujets issus à la fois de milieux ruraux et citadins.

Dans le cadre d'une étude portant sur le dépistage auprès d'une population de patients consultant en soins primaires, nous avons défini des critères d'inclusion les plus larges possibles :

- Être majeur,
- Avoir pour médecin traitant l'un des 6 médecins généralistes de la structure,
- Accepter de participer à l'étude.

L'objectif principal de l'étude étant d'étudier le ressenti de patients concernant une action de prévention primaire, nous avons choisi de restreindre notre champ de recherche aux patients n'ayant pas, au moment de l'investigation, de troubles identifiés en lien avec l'alcool. Nous avons donc défini les critères d'exclusion suivants :

- Avoir déjà eu une pathologie liée à l'alcool
- Avoir une dépendance déjà identifiée à l'alcool, suivie ou non

Le recrutement des sujets ayant été réalisé au hasard des consultations et les entretiens menés immédiatement, ces critères d'inclusions et d'exclusions ont été contrôlés à posteriori à partir des dossiers médicaux des participants.

Le recueil de données a eu lieu lors d'entretiens individuels en présentiel dans un bureau mis à disposition par la structure accueillant l'étude. Après présentation du projet de recherche, le consentement oral et écrit de chaque participant a été obtenu.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone Philips VoiceTracer® ainsi qu'avec la fonction « enregistreur vocal » du téléphone de l'investigateur. Ce double enregistrement avait pour but de limiter la perte de données liée à un défaut technique ou à une mauvaise qualité sonore sur l'un des deux supports.

### III. Guide d'entretien

La conception du guide d'entretien (*Tableau 4*) a été le fruit d'un échange régulier entre l'investigateur et le directeur de thèse. Cinq thématiques ont été définies :

- Le recueil de données socio-démographiques,
- Les connaissances des personnes interrogées sur le sujet de l'alcool et de ses risques pour la santé,
- Le ressenti des personnes interrogées vis-à-vis du dépistage,
- Les suggestions des personnes interrogées sur les modalités de ce dépistage,
- La réalisation pour chaque personne interrogée d'un dépistage rapide à l'aide du questionnaire FACE.

Deux entretiens préalables ont été réalisés dans l'entourage de l'investigateur auprès de personnes extérieures à l'étude afin d'évaluer la pertinence des questions posées et la durée probable des entretiens. Ces deux entretiens tests n'ont pas été intégrés à l'étude.

Cette phase de test a permis quelques ajustements notamment concernant l'ordre des questions posées. En effet, le guide initial prévoyait la réalisation du dépistage de chaque participant en début d'entretien. Il s'est avéré que la réalisation de ce dépistage en introduction avait tendance à mettre les personnes interrogées sur la défensive et donc à nuire à la suite de l'entretien.

Les entretiens se sont déroulés du 16 au 27 janvier 2023, soit 15 jours après le lancement de la campagne de santé publique du « Dry January » ou Défi de Janvier. Cette temporalité avait pour intérêt d'être face à des patients potentiellement déjà sensibilisés sur le sujet. Cela nous donnait également l'occasion d'évaluer l'impact de cette campagne nationale. Dans cette optique, la conception de la grille d'entretien incluait une question d'introduction sur cette action de prévention spécifique.

<u>Thèmes abordés :</u>	<u>Eléments à rechercher :</u>	<u>Questions :</u>
1 <sup>ère</sup> partie : Données socio-démographiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Caractéristiques de l'échantillon de personnes interrogées</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelle est votre date de naissance ? Votre profession ? Votre situation familiale ? Avez-vous des enfants ? Combien ?</li> <li>- Dans quel type de logement vivez-vous ? Dans quelle commune ?</li> </ul>
2 <sup>ème</sup> partie : Connaissances sur le sujet	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Degré de connaissance du participant sur le sujet</b></li> <li>- <b>Idées reçues ?</b></li> <li>- <b>Connaissances erronées ?</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avez-vous déjà entendu parler du « Défi de Janvier » (Dry January) ? Savez-vous en quoi cela consiste ? Que pensez-vous de cette initiative ?</li> <li>- Connaissez-vous les risques liés à la consommation d'alcool ? Pouvez-vous me citer ceux que vous connaissez ?</li> <li>- Connaissez-vous les repères de consommation d'alcool recommandés pour limiter ces risques ?</li> <li>- Comment situez-vous l'alcool par rapport au tabac ? à d'autres drogues ?</li> <li>- Pensez-vous être suffisamment informé(e) ?</li> </ul>
3 <sup>ème</sup> partie : Ressenti vis-à-vis du dépistage de la consommation à risque par le médecin généraliste	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Ressenti vis-à-vis du dépistage en consultation</b></li> <li>- <b>Place du médecin traitant dans ce dépistage</b></li> <li>- <b>Place des outils de dépistage ?</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pensez-vous qu'il est difficile de parler de sa consommation d'alcool avec son médecin traitant ? Pourquoi ?</li> <li>- Que pensez-vous du fait de dépister systématiquement une consommation à risque d'alcool ?</li> <li>- Avec quels professionnels de santé de la MSP vous sentiriez-vous le plus à l'aise pour en parler ? par ordre de préférence ?</li> <li>- Vous rappelez-vous avoir déjà été interrogé(e) par votre médecin traitant au sujet de votre consommation d'alcool ? si oui, Dans quel cadre ? Qu'avez-vous ressenti vis-à-vis de cette question ?</li> <li>- Si ce n'est pas le cas : Quel serait, selon vous, la meilleure façon d'aborder ce sujet ?</li> </ul>
4 <sup>ème</sup> partie : Suggestions	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Pistes d'amélioration ?</b></li> <li>- <b>Place des campagnes de prévention ?</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qu'attendez-vous de votre médecin lorsqu'il évoque ce sujet ?</li> <li>- Quelle méthode de dépistage vous paraîtrait la plus adaptée ? (Question au cours d'une consultation standard ? Consultation dédiée aux dépistages ? Questionnaire standardisé ? Support papier ? Anonymat ?)</li> <li>- Avez-vous d'autres remarques ?</li> </ul>
5 <sup>ème</sup> partie : Dépistage d'un trouble lié à l'usage de l'alcool	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Situation du sujet vis-à-vis de l'alcool</b></li> <li>- <b>Mise en perspective des réponses précédentes</b></li> <li>- <b>Intervention brève</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si vous le souhaitez je vous propose maintenant de faire avec moi l'un de ces questionnaires de dépistage rapide</li> <li>- Réalisation d'une intervention brève.</li> </ul>

Tableau 4 : Grille d'entretien

#### IV. Analyse des données

Les données recueillies sous la forme de fichiers audios ont été retranscrites sous la forme de verbatims à l'aide du logiciel Microsoft Word® 2017. La retranscription a pris en compte les silences, les expressions non verbales perceptibles et les fautes de langages. Les documents ainsi obtenus ont été anonymisés. Chaque verbatim a ensuite été relu afin d'en extraire l'ensemble données jugées pertinentes, puis celles-ci ont été regroupées afin de dégager les différents concepts exprimés par les personnes interrogées.

Une première analyse a été réalisée au fil des entretiens afin de repérer le seuil de saturation des données. Puis dans un second temps, les verbatims ont fait l'objet d'une nouvelle analyse avec un codage systématisé. Ce travail d'analyse a été mené sans logiciel dédié. L'investissement et le temps d'appropriation d'un tel logiciel a paru disproportionné pour un travail de thèse unique et au regard de la quantité de données à traiter (42).

Afin de renforcer la qualité des données ainsi produites, un travail de triangulation a été effectué. Les verbatims ont donc été analysés indépendamment par l'investigateur, le directeur de thèse ainsi que par une infirmière diplômée d'état qui a bien volontiers accepté de participer à cette étude.

Le regard d'un professionnel de santé non médecin mais directement concerné par la pratique du dépistage en soins primaires nous a paru particulièrement pertinent dans le cadre de cette étude.

---

## RESULTATS

---

### I. Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée

Les entretiens ont été conduits du 16 au 27 Janvier 2023 dans la Maison de Santé de Garchizy dans la Nièvre. Les sujets ont été recrutés au hasard parmi les patients consultant leur médecin généraliste durant la période d'investigation.

Les patients ont été sélectionnés indifféremment dans les salles d'attente de 5 des 6 médecins exerçant dans la structure, le 6<sup>ème</sup> médecin étant absent durant la période de recrutement des sujets.

Les entretiens se sont déroulés sur place dans un bureau mis à disposition pour les besoins de l'étude.

Le contrôle des critères d'inclusion et d'exclusion a été réalisé à posteriori sur la base des dossiers médicaux des patients. Aucune des personnes interrogées n'a été exclue après vérification.

L'un des participants a évoqué durant son entretien un suivi cancérologique qui, après vérification, s'est révélé être une consultation auprès d'un hématologue dans le cadre d'une gammopathie monoclonale de signification indéterminée. Son dossier a donc été retenu.

Parmi les personnes sollicitées pour participer à cette étude, un patient a refusé du fait d'un manque de temps pour participer à l'entretien ce jour-là.

Les patients ont tous pu être interrogés directement après recrutement. La saturation des données a été atteinte après dix entretiens et deux entretiens supplémentaires ont été réalisés. Les entretiens ont duré en moyenne 17 minutes et 33 secondes (entre 11min.07sec et 27min.19sec, médiane : 16 minutes et 49 secondes).

Le panel de personnes interrogées compte 8 femmes et 4 hommes, avec une moyenne d'âge de 62,8 ans (de 46 à 81 ans, médiane : 62 ans).

Les catégories socio-professionnelles (43), retraités ou actifs, représentées sont : 5 employés (CSP 5) 4 professions intermédiaires (CSP 4), 2 ouvriers (CSP 3) et enfin 1 cadre supérieur (CSP 6).

Concernant le cadre de vie des sujets interrogés : sept d'entre eux vivent dans une commune semi-rurale (entre 2000 et 5000 habitants), quatre dans une commune urbaine (supérieure à 5000 habitants) et un seul vit dans une commune rurale (inférieure à 2000 habitants).

Sur le plan familial : 10 personnes ont déclaré être en couple et 2 personnes célibataires. La plupart des personnes interrogées ont un ou plusieurs enfants, deux d'entre elles seulement ont déclaré ne pas avoir d'enfant.

	<b>Sexe</b>	<b>Age</b>	<b>Catégorie Socioprofessionnelle</b>	<b>Statut familial</b>	<b>Taille de commune</b>
R1	Femme	46 ans	CSP 4	Mariée, 2 enfants	Semi-rurale
R2	Femme	81 ans	CSP 5 (Retraité)	Séparée, 3 enfants	Semi-rurale
R3	Homme	73 ans	CSP 6 (Retraité)	Marié, 2 enfants	Urbaine
R4	Homme	68 ans	CSP 4 (Retraité)	Célibataire, 1 enfant	Urbaine
R5	Homme	59 ans	CSP 3	Marié, 2 enfants	Semi-rurale
R6	Femme	69 ans	CSP 5	Mariée, sans enfant	Urbaine
R7	Femme	63 ans	CSP 5 (Retraité)	En couple, 1 enfant	Rurale
R8	Femme	70 ans	CSP 4 (Retraitee)	Mariée, sans enfant	Urbaine
R9	Femme	61 ans	CSP 5 (retraitee)	Mariée, 1 enfant	Semi-rurale
R10	Femme	57 ans	CSP 5	Mariée, 1 enfant	Semi-rurale
R11	Homme	59 ans	CSP 6	Marié, 1 enfant	Semi-rurale
R12	Femme	48 ans	CSP 4	Mariée, 2 enfants	Semi-rurale

**Tableau 5 : Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée**

## II. Analyse des résultats

### 1. Connaissances sur le sujet

#### a. Le défi de Janvier, une campagne de santé publique méconnue

L'introduction des entretiens portait sur les connaissances des personnes interrogées concernant le sujet de l'alcool et de la santé. Dans un premier temps, nous avons profité du déroulement de la campagne de santé publique du Défi de Janvier, aussi appelée « Dry January », durant la période d'investigation pour évaluer l'impact de cette campagne sur notre échantillon de patient.

Parmi les douze personnes interrogées, trois seulement ont déclaré connaître cette action de santé publique. Après une brève explication, huit d'entre elles ont spontanément comparé cette campagne au « Mois Sans Tabac ».

*R1 - Ça fait un peu comme les mois sans tabac quoi.*

*R2 – Ah oui, c'est comme le mois sans tabac.*

*R11 – Ben zéro alcool, pendant un mois. Comme le tabac...*

La campagne du Défi de Janvier a donc eu très peu d'écho parmi nos sujets alors même que ceux-ci semblent bien informés sur cette autre campagne très similaire qu'est le Mois Sans Tabac. Ce constat est tempéré par le fait que l'initiative du Mois Sans Tabac existe en France depuis 2016 alors que le Défi de Janvier n'est qu'à sa 5<sup>ème</sup> édition.

#### b. Risques associés à l'alcool : Le foie en première ligne

Lorsque nous avons interrogé les connaissances des participants concernant les pathologies liées à la consommation d'alcool, la majeure partie d'entre eux a spontanément évoqué **les atteintes hépatiques notamment la cirrhose** (11/12).

*R2 - Pour la santé c'est très mauvais déjà, d'une Euh... Déjà pour le foie aussi...*

*R3 - Ça agit sur le foie...*

*R5 -la maladie du foie en cas de... l'extrémité ça doit être la maladie du foie. On appelle ça une cirrhose. C'est ça ?*

*R12- Hum... Je pense tout de suite cirrhose...*

Quelques-unes des personnes interrogées ont également mentionné des **atteintes gastriques ou pancréatiques**.

*R6- Ben je sais pas si, gastriques, c'est peut-être pas le mot, mais le foie, le pancréas.*

*R8 –Au départ y a la ...Au bout du compte la cirrhose quand même[...]Tout ce qui est varices œsophagiennes.*

c. Les conséquences sociales du mésusage de l'alcool

Parmi les risques liés à la consommation d'alcool, neuf des douze personnes interrogées ont cité spontanément les conséquences sociales de troubles des usages de l'alcool. Le risque de **violences** et de **problèmes conjugaux** étaient principalement évoqués :

*R10 – Des fois, ça fait des dégâts, peut-être, par rapport à un couple. Je sais que mon beau-frère, le mari de mon frère, il a été dans l'alcool, un moment. Il a divorcé 2 fois. Après je sais, je connais des gens qui boivent qui sont méchants*

*R7- On est agressif. On est, pff ! on est barjot*

*R11 – Au niveau social... Enfin moi je sais pas... J'ai vu mon père, ça a fini par un divorce...*

L'**isolement social** et la **perte d'emploi** ont également été identifiés par certains sujets :

*R8 – L'isolement social, voilà. Il voit plus sa fille ben qu'est-ce qui fait ben il boit. C'est un cercle vicieux, voilà. Il a perdu son travail. La perte de, de...la perte du travail souvent.*

*R12- Et puis au niveau social... Plus de sociabilité dans l'alcool important.*

d. Atteintes neurologiques, atteintes cardiovasculaires, dépendances, accidents de la route : moins fréquemment évoqués

Parmi les risques liés à l'alcool identifiés par les personnes interrogées, le risque de **dépendance** n'a été mis en avant que par cinq participants. La plupart du temps, il s'agissait du premier risque évoqué par ces participants :

*R2– Ben y en a pas mal. (Rire) y en a pas mal. Déjà, quand on boit ... Ah ! Comment que je pourrais m'expliquer. Plus tu bois, plus t'as envie de boire !*

*R5 -La dépendance, s'en est un. Oui, c'est un premier risque.*

*R7- Pa pa pa ! Ben je sais qu'il y en a pas mal. Mais bon comme je suis pas concernée là-dedans, je ... On est dépendant déjà, comme la cigarette.*

Les **atteintes neurologiques** ont également fait partie des risques cités par cinq des douze personnes interrogées :

*R1 - Ben je pense que Alzheimer, ça peut peut-être y contribuer. [...] Une maladie bien particulière au niveau du cerveau...*

*Q - Vous pensez peut-être au syndrome de Korsakoff ?*

*R1 - C'est ça, c'est ça.*

*R3 – Après ça peut être cérébral aussi*

*R8 –Et puis après les atteintes neurologiques aussi.*

Tout comme les **pathologies cardiovasculaires** :

R5 -La dépendance, s'en est un. Oui, c'est un premier risque. Après, ben y a surement les accidents vasculaires.

R12 – Tout ce qui est au niveau artériel, au niveau cardiaque

Quatre participants ont cité, parmi les risques liés à la consommation d'alcool, les **accidents de la route** :

R1 - Les accidents déjà, la priorité...

R11 - Moi c'est surtout au niveau de la sécurité routière...

Cette relativement faible représentation pourrait s'expliquer, non pas par une méconnaissance de ce risque, mais plutôt par le fait que ce risque est associé non pas directement à la consommation d'alcool mais à un comportement rendu dangereux par cette consommation.

e. Les cancers : dans l'angle mort des risques liés à la consommation d'alcool ?

Sur le sujet des risques liés à la consommation d'alcool, seule une personne a mentionné les **pathologies cancéreuses**. Cet élément a d'ailleurs été cité comme évolution possible de la pathologie cirrhotique qui, nous l'avons vu, était bien représentée dans le discours des participants :

R8 –Au départ y a la ...Au bout du compte la cirrhose quand même, qui peut être... qui peut se transformer très vite en cancer du foie aussi.

Cette faible représentation a interpellé les investigateurs. La dernière partie de l'entretien étant dédié au dépistage individuel suivi d'une intervention brève, nous en avons profité pour mettre en avant ce risque en particulier. Il est apparu que huit des douze personnes interrogées n'avaient pas connaissance d'un quelconque lien entre alcool et cancer.

f. Les repères de consommation d'alcool : beaucoup d'approximations

La connaissance des repères de consommation d'alcool à ne pas dépasser pour limiter les risques pour la santé, s'est révélée très approximative dans l'échantillon de personnes interrogées pour cette étude.

Aucun des participants n'a pu donner précisément les seuils recommandés à savoir : « pas plus de deux verres standards par jour et pas tous les jours ». La moitié des personnes interrogées a fixé ce seuil à un verre par jour :

R3 – Ah, alors les quantités recommandées. Alors c'est pas plus d'un verre par jour.

R8 – Ah ben oui, un verre par jour et puis pas tous les jours.

R9 – Oui c'est un verre. Parce que on dit souvent : un apéro plus 2 verres de vin, c'est la grosse limite. Mais maintenant, c'est même moins que ça. Et je crois que c'est un verre de vin par jour.

Il est par ailleurs intéressant de constater que, pour une partie des participants, les seuils sont variables en fonction du type d'alcool consommé. En revanche, la notion de dose d'alcool pur par verre est absente des réponses :

*R6 – je sais pas, peut-être deux verres de vin. Je sais pas. A peu près. Je parle pas d'autres alcools, hein.*

*R12 – Alors... Il me semble que c'est... Un verre occasionnellement. Pas d'alcool fort ou alors très très très occasionnellement mais surtout pas quotidien.*

g. Comparaison à d'autres substances addictogènes

Nous avons demandé aux participants, à la fin de cette première partie, où ils situaient l'alcool en termes de nocivité comparativement au tabac puis au cannabis et à d'autres drogues ainsi qu'aux médicaments à risque d'addiction.

Parmi les personnes interrogées, six d'entre elles considèrent l'alcool plus nocif pour la santé que le tabac :

*R2 – Je trouverai que l'alcool c'est encore plus dangereux que le tabac.*

*R3 – Non, non, je mettrais les drogues dures au départ en dessous l'alcool et en dernier le tabac.*

*R6 - .... Ben je sais pas. Pour moi l'alcool, c'est ce qu'il y a de pire. C'est mon ressenti.*

À l'inverse, sept personnes parmi les douze interrogées considèrent l'alcool comme moins nocif pour la santé que le cannabis ou d'autres drogues :

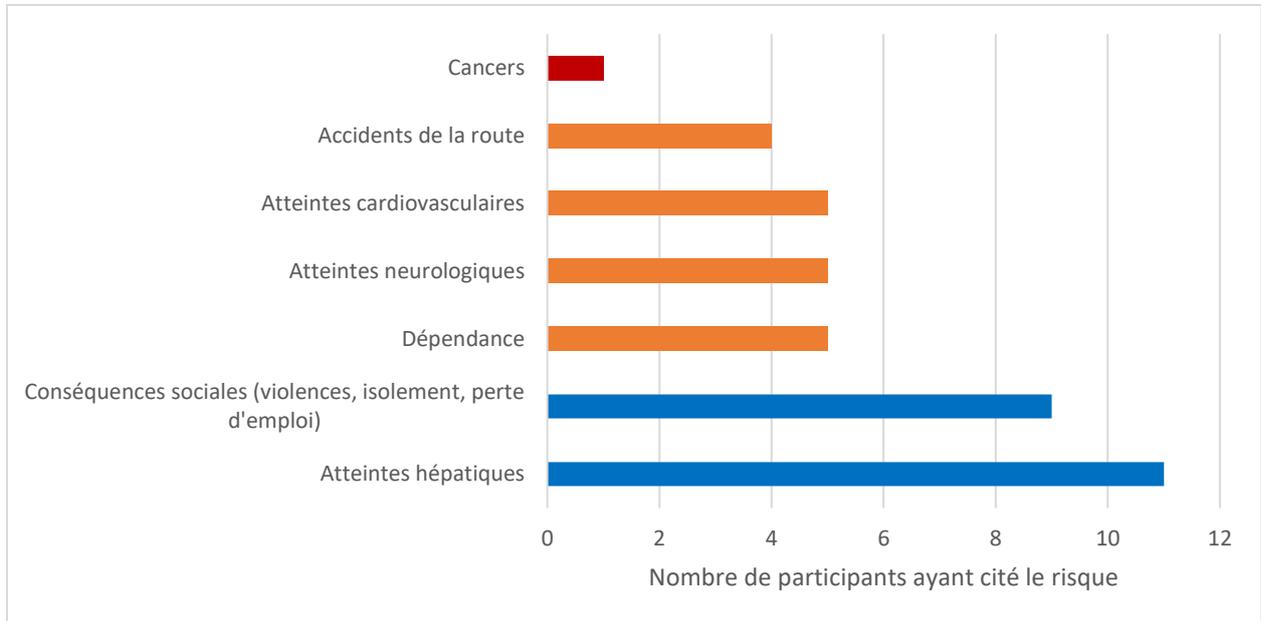
*R2 – Moins nocif que la drogue de cannabis et tout le reste. C'est sûr.*

*R5 – Moi, je mettrais drogues dures, cannabis en haut, ensuite, je mettrais tabac, alcool, médicaments.*

*R8 – les stups un petit peu au-dessus quand même.*

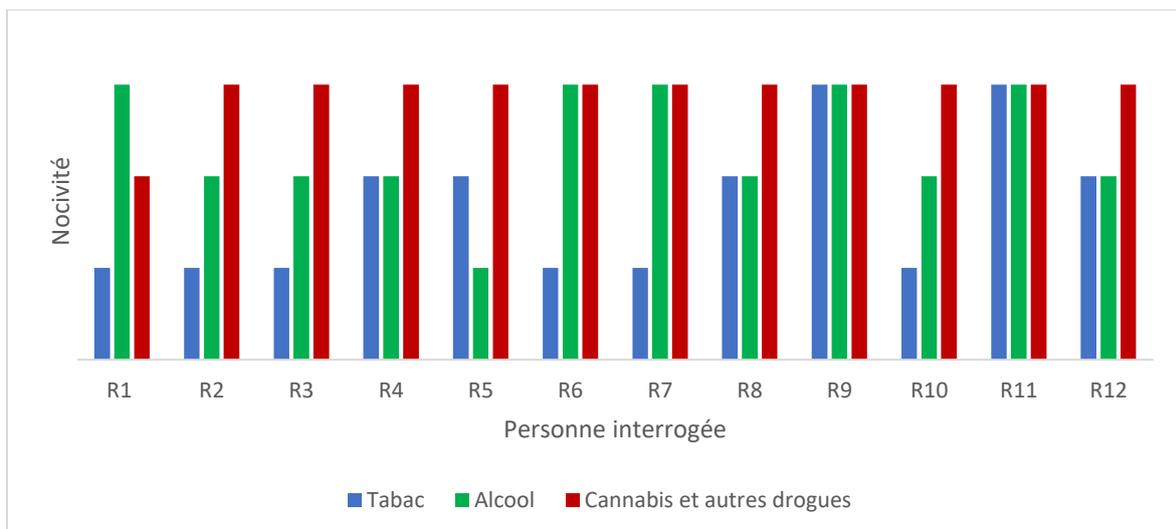
Au sujet des médicaments, la question posée ne permettait pas d'extraire une information comparative. La question de l'addiction aux médicaments ne semble pas être perçue comme comparable à d'autres problèmes de dépendance du point de vue des participants.

En résumé, les personnes interrogées sur les risques liés à l'alcool évoquent en priorité les pathologies hépatiques et les conséquences sociales. La dépendance, les atteintes neurologiques et cardiovasculaires sont également fréquemment citées, ainsi que plus rarement les accidents de la route. En revanche la pathologie cancéreuse n'est quasiment pas mise en avant dans les réponses recueillies. (Figure 2)



**Figure 2 : Nombre de participants par risque cité au cours de l'entretien**

La nocivité de l'alcool est, pour la moitié des personnes interrogées, supérieure à celle du tabac. En revanche le cannabis et les autres drogues sont majoritairement considérées comme plus nocives que le tabac ou l'alcool. (Figure 3)



**Figure 3 : comparaison de la perception de la nocivité de différentes substances addictogènes**

Concernant les repères de consommation recommandés par les pouvoirs publics pour limiter les risques liés à l'alcool, aucune des personnes interrogées n'a pu les définir clairement. On remarque

d'ailleurs que la moitié des participants définit spontanément un seuil plus sévère, un verre par jour, que les recommandations officielles.

Cette méconnaissance des repères de consommation est à mettre en perspective avec la perception des personnes interrogées concernant leur propre savoir. En effet, huit des douze participants à l'étude considèrent être suffisamment informés au sujet de l'alcool et de ses risques alors que l'analyse des réponses concernant leurs connaissances montre des carences.

## 2. Ressenti concernant le dépistage par le médecin généraliste

### a. Aborder la question avec son médecin traitant

Parmi les douze personnes interrogées dans le cadre de cette étude, onze considèrent qu'il peut être difficile de parler d'alcool avec son médecin traitant. Les raisons principalement évoquées par les participants sont :

- **Le déni (7/12) :**

*R1 - Parce que les gens qui sont dans cette addiction ne sont pas dans cette addiction. Donc euh... pour eux, ils sont pas alcooliques.*

*R4 – J'ai connu quelqu'un qui buvait et qui n'admettait pas de dire qu'il était alco.*

*R6 - Parce que ça fait partie du quotidien, peut-être que la personne ça lui paraît normal de consommer de l'alcool... Tant qu'y a pas de problèmes, je veux dire hein.*

*R7 - Surtout les personnes qui boivent qui ont du mal à parler de ça avec le médecin. Ils ne veulent pas le reconnaître « mais non, je bois pas » voilà, c'est... Ils se sentent pas concernés.*

*R8 – Non conscience de l'alcool absorbé [...] C'est un déni.*

*R11 - Donc ils se rendent pas compte donc ils vont pas en parler à leur médecin. Parce que pour eux moi j'ai remarqué les gens qui sont alcooliques ils sont jamais malade.*

*R12 - L'autre coté c'est de ne pas savoir qu'effectivement on est dans de l'alcoolisme chronique*

- **Le tabou social ou la honte (4/12)** associés aux troubles des usages de l'alcool :

*R5 - C'est pas bien socialement de dire qu'on est alcoolique [...] C'est dévalorisant quoi.*

*R8 - C'est une part de honte.*

*R9 - Quelqu'un qui sait qu'il boit. Il a presque honte d'en parler.*

*R12 - ça peut être un peu honteux [...] C'est plus en termes de regard d'autrui. Pour ma part ce serait plus au niveau regard, regard des autres.*

- Ou encore **le manque de sincérité (2/12) :**

*R5 – Ça reste tabou et puis, j'ai l'impression que... Qu'on doit pas dire complètement la vérité quoi, qu'on doit sous-estimer le truc en sachant pertinemment que c'est pas bien quoi.*

*R8 - celui qui est vraiment alcoolique. Il va vous dire qu'il ne boit pas...*

La grande majorité des personnes interrogées a exprimé une opinion positive sur le dépistage systématique en médecine générale (9/12), trois d'entre elles cependant ont exprimé des réticences ou des doutes sur la pertinence de cette démarche :

*R3 - Y a de l'hypocrisie dans les réponses, souvent.*

*R4 – Je pense que c'est peut-être pas facile de... Que ce soit accepté facilement. Il faut une campagne de publicité, il faut informer les gens avant d'arriver à une vraie campagne de vrai dépistage.*

*R6 – Je sais pas. Le médecin, il doit bien le voir, quand même. Il doit bien se rendre compte si quelqu'un boit ou pas, je sais pas.*

#### b. Eléments en faveur du dépistage par le médecin traitant

Parmi les facteurs favorisant la pratique du dépistage par le médecin traitant, **la relation de confiance** et la **connaissance des patients** sont les éléments les plus fréquemment évoqués (6/12) :

*R2 – Ben la confiance déjà.*

*R3 - On a un contact un peu, un peu facile disons.*

*R4 - c'est lui qui nous connaît.*

*R6 - Il me connaît par cœur mon médecin.*

*R10 - Moi je sais que j'aurais confiance à ma toubib.*

*R11 - Pis c'est mon médecin, moi j'ai toute confiance en elle.*

Plusieurs participants ont également évoqué **les compétences du médecin** sur le plan des connaissances théorique comme du professionnalisme :

*R4 - Le médecin, c'est la bonne personne pour expliquer, pourquoi ce dépistage[...] Bon c'est la référence.*

*R10 - Moi je sais que ma toubib, moi, j'ai pas de soucis, mais je sais que je peux lui parler... Moi je sais que ça reste confidentiel.*

*R11 - Au début le Dr S., bon elle a l'habitude, elle me connaît. Elle va pas me dire franchement... Mais ils sont fort parce que je pense que le professionnel de santé y doit être aussi formé...*

Certaines personnes interrogées ont également cité la position d'**autorité** (1/12) du médecin traitant ou encore l'**empathie** (1/12) comme des qualités à même de favoriser la pratique de ce type de dépistage par le médecin traitant.

*R4 - Il peut être l'autorité et ça peut déclencher des attitudes différentes [...] Il a plus d'autorité.*

*R5 - Lors d'une consultation avec son médecin. On est tous les deux, là dans une salle. On a de l'empathie l'un envers l'autre. Donc, là, on peut en parler plus librement, je pense.*

c. Éléments en défaveur du dépistage par le médecin traitant

Les personnes interrogées ont également exprimé plusieurs facteurs limitant l'acceptabilité du dépistage de la consommation d'alcool par le médecin généraliste et en premier lieu le **sentiment de gêne** (3/12) associé à cette question en particulier :

R1 - *Ça peut être perturbant [...] un peu de gêne... En fait savoir est ce qu'il me croyait ou pas.*

R6 - *Ça me gêne parce que je sais que c'est mal.*

R7- *Ben, j'ai été un peu, un peu agressive, peut-être, ... « ça se voit pas ? » un peu comme ça. Parce que, j'étais gênée, sachant que ça se voit pas, du moins... Des fois ça se voit sur les gens, hein ...*

Certains des sujets perçoivent également l'abord de l'alcool comme une **question intrusive** (3/12) et décrivent un sentiment de **jugement** (2/12) de la part du médecin :

R3 – *Piquée, peut-être un petit peu [...] Ah ben oui parce que disons elle va se sentir, épiée, fliquée*

R4 - *On se sent critiqué, on se sent attaqué.*

R9 - *Le médecin, oui, il y a peut-être des retenues parce que on n'est pas vraiment malade.*

R9 - *Avec le médecin traitant, après, on a l'impression qu'il a regard sur nous.*

d. L'abord avec d'autres professionnels de santé en soins primaires

Lorsque nous avons abordé la question des professionnels de santé avec qui les participants se sentiraient à l'aise pour réaliser ce dépistage. La plupart d'entre eux ont cité **en premier lieu le médecin généraliste** (10/12). Cependant, la moitié des sujets s'est également déclarée favorable à la réalisation de ce dépistage avec **une infirmière**.

R1 - *Infirmier peut-être.*

R2 – *Moi je pense que ça va être mon docteur, oui... Peut-être l'infirmière aussi.*

R7- *Ben mon docteur ou avec F (infirmière ASALEE).*

R10 – *Ben ma toubib, déjà. Parce que, bon, j'ai confiance en elle. Et puis, mon infirmière.*

R12 - *l'infirmière coordinatrice... Je pense que c'est plus simple... Si le médecin généraliste suppose quelque chose, il peut-être l'envoyer vers l'infirmière coordinatrice qui a une oreille un peu différente.*

Quatre personnes ont également évoqué la possibilité de réaliser ce dépistage avec un **pharmacien** ou encore avec **le kinésithérapeute**.

R2 - *je parle pas mal aussi avec ma petite kiné.*

R4 - Un pharmacien ça peut être...un bon pharmacien...Du moment que j'accepte le dépistage, c'est n'importe où hein, même le pharmacien.

R8 – Médecin... Même kiné, oui.

R11 - Ben le pharmacien aussi ça ne me gênerait pas.

Au total, si l'idée de réaliser un dépistage systématique est ressentie comme positive par la grande majorité des personnes interrogées, la plupart d'entre elles considère qu'il est difficile de parler d'alcool avec son médecin traitant. Le déni, le tabou social ou la honte et le manque de sincérité sont les principaux freins décrits par les participants.

Les personnes interrogées ont décrit plusieurs éléments favorisant ou limitant le dépistage de la consommation d'alcool par le médecin traitant. (Figure 4)



**Figure 4 : forces et faiblesses du dépistage par le médecin traitant**

Si la place prépondérante du médecin traitant dans ce dépistage fait consensus parmi les participants à l'étude. La possibilité de déléguer ce type de démarche de prévention à d'autres professionnels de santé paraît tout à fait acceptable. En effet, la moitié des participants a cité l'infirmière, et plus particulièrement l'infirmière ASALEE, comme interlocuteur possible pour réaliser un dépistage concernant la consommation d'alcool.

#### 4. Attentes et suggestions concernant le dépistage

##### a. Attitude du médecin généraliste

Lorsque les participants à l'étude ont été interrogés sur leurs attentes concernant l'attitude du médecin généraliste lorsqu'il aborde le sujet de l'alcool, la **compréhension** était le plus fréquemment cité (5/12) :

*R2 – La compréhension. Pis me demander pourquoi je consommerais ; parce que... Qu'est-ce qui me forcerait à faire ça.*

*R6 – La neutralité, et puis la compréhension.*

*R7- Compréhension, peut-être au début et puis après ben un peu plus... [...] Parce qu'il ne faut pas brusquer ! Du moins moi, il ne faut pas me brusquer. Déjà. Et puis quand il m'a dit « il faut arrêter de fumer » « si je veux », hein. Je lui avais dit. Je me rappelle les paroles. Et puis après, je me suis excusé*

*R8 – de la compréhension, plutôt ; de la compréhension.*

*R10 – La compréhension. Même si des fois on n'est pas dedans, bon ben... De la compréhension, je pense.*

Dans la même idée, une **approche empathique** est également attendue par plusieurs des personnes interrogées. (3/12) :

*R3 – Ben... Comme euh... on va...Plutôt... Pas dire en plaisantant mais bon, en étant cool, disons. Pas dire, « Ah ben, faudrait peut-être arrêter l'alcool » le dire comme on dit... cool [...] Pas frontal.*

*R8 – (silence). Ben, je sais pas qu'il aide. De l'aide. Pour les gens alcooliques. Pas pour... qu'il apporte son aide. Qu'il donne des conseils*

*R9 – De l'écoute, première chose. De l'écoute*

On notera également chez plusieurs participants, une attente particulière concernant la **neutralité** du praticien lorsqu'il aborde cette question (3/12) :

*R5 – Moi, je pense que faut que ça reste sur le plan de la neutralité, quoi. Faut pas qu'il y ait de l'affect, au milieu de tout ça, entre le médecin et le patient. Il faut que le médecin dise effectivement « on peut avoir ça si y a ça » « vous, vous en êtes à tel point » mais pas...si y a des leçons... Alors, moi, si j'ai une leçon de morale par mon médecin je pense que ...y aura blocage quoi.*

*R6 – La neutralité, et puis la compréhension.*

*R9 – De l'écoute, première chose. De l'écoute, du non jugement de la discrétion.*

A l'inverse, deux personnes parmi les douze interrogées mettent en avant une attitude plus directe et **la confrontation** du patient à sa consommation :

*R1- Ben, c'est les mettre devant le fait accompli (petit rire) ... Directement. [...] Y a un médecin qui a dit à mon père « Monsieur vous êtes un alcoolique ». Et j'ai trouvé ça fort mais je me suis dit : au moins, il est dans la réalité, quoi. Ça peut faire un électrochoc au niveau du patient*

*R5 – Poser naturellement la question, quoi. Faire un point par rapport au nombre de prises d'alcool par jour. [...] Je pense pas que c'est la personne elle-même qui va faire le premier pas. A moins qu'elle se sente vraiment en danger, en difficulté etc... Mais, il faut que ce soit amené par quelqu'un d'autre.*

Enfin, l'un des participants déclare attendre de la part du médecin uniquement de l'**information** sur le sujet, avec l'idée de laisser le soin au patient de juger s'il est concerné :

*R4- ben de proposer un discours, comment dire...à la base, qui puisse donner une information. Après, si le médecin me parle de ça, à moi, je peux lui dire « oui, mais là, j'ai d'autres choses plus importantes que ça qui peuvent m'intéresser ».*

#### b. Modalités de dépistage

Concernant les modalités pratiques de réalisation du dépistage, plusieurs participants considèrent l'**anonymat** (4/12) comme une bonne solution pour faciliter cette démarche :

*R2– Je pense que la personne, elle serait plus dans l'anonymat. Répondre dans l'anonymat, je pense.*

*R7- Anonyme déjà. Parce que les gens, ils sont. Parce que les gens ils sont...Peut-être qu'ils sont gênés aussi de boire,*

*R9 – A la rigueur, ça met plus les gens à l'aise. Et en même temps, ça leur fait prendre conscience comme vous dites. Moi, je vois F., elle m'a donné un petit dépliant. Le mois de novembre, c'était le mois sans tabac. Voilà, il était sur ma table de chevet. Je le parcourais. Donc, c'est bien la preuve que ça nous travaille au cerveau. Oui, c'est pas mal l'anonymat. Ça met les gens plus à l'aise.*

*R10 – Après je pense qu'anonyme pour certains, peut-être. C'est vrai. Des fois dans ces cas-là, il y a des gens beaucoup qui sont quand même, qui ont un mal être. Peut-être, qu'ils veulent pas... Mais le questionnaire autour de... Moi je trouve ça bien. [...] Voilà, parce que l'anonymat, voilà. C'est vrai que les personnes... Je les comprends. C'est vrai, c'est assez compliqué, des fois pour certains je pense.*

De la même façon, l'utilisation d'un **support écrit** semble préférable pour trois des douze participants :

*R5 – Pourquoi pas un questionnaire par mail. C'est encore ce qui a de mieux, quoi. Maintenant on communique tous par mail. Pourquoi, le médecin lors d'une consultation vous envoie un lien ou un papier pour les gens qui ne sont pas encore internet, quoi. Et à la consultation d'après, ben, vous revenez avec le même [...] Oui parce que si c'est fait. Si c'est un petit peu complet comme questionnaire avec pas mal de questions qui en découlent. Faire ça en 3 minutes, dans un cabinet en sachant que*

*c'est, que ça pousse derrière c'est pas facile. Prendre le temps de le faire à la maison posément. Oui ce serait quelque chose qui serait pas mal. Et sur un site internet, encore mieux quoi. On l'envoie et ensuite il est traité.*

*R6 – Ben peut-être pour l'aborder déjà, peut-être un questionnaire par écrit. C'est peut-être moins gênant, on va dire, entre guillemet qu'oralement.*

*R9 – A la rigueur, ça met plus les gens à l'aise. Et en même temps, ça leur fait prendre conscience comme vous dites. Moi, je vois F., elle m'a donné un petit dépliant*

L'idée de réaliser un dépistage sur la base d'un **point d'appel clinique ou biologique, et non systématique** (4/12) a également été retrouvée chez plusieurs participants :

*R3- Je pense que le mieux ce serait après un examen médical ; Il me dirait « Ben, faudrait peut-être revoir la consommation parce que y a ceci y a cela ». [...] Bon (longue hésitation). Le dépistage, comme on dit... De temps en temps comme ça. Le dépistage, tout le temps systématique : non !*

*R6 – Ben, je sais pas du tout. Peut-être faire déjà une prise de sang, puis après en parler avec le patient. Parce qu'aborder le sujet comme ça de but en blanc, je sais pas du tout comment, il peut aborder ça.*

*R8 – prise de sang anormale, oui, oui... C'est plus facile déjà*

*R11 – Moi je pense que ce serait une analyse... Surtout pour les professions... Parce que le questionnaire... Vous savez moi je me suis rendu compte pour avoir été dedans, avoir beaucoup beaucoup suivi mon frère qui s'est suicidé... Mais bon ces gens là vous avez beau leur dire... Leur poser la question... Pour eux ils sont pas malades. Donc si vous les convoquez pour leur dire : « Vous buvez monsieur » ils vont vous mentir ou essayer de trouver une excuse un truc... Tandis que si vous avez une analyse, une preuve... Alors après les contraintes... Moi je dis il faut que ça vienne d'une volonté...*

Seuls deux des douze personnes interrogées pour cette étude ont semblé préférer l'**entretien oral**, pour aborder ce dépistage :

*R4- Peut-être l'oral. Ça permettrait d'être...le regard .... De quelqu'un dans les yeux.*

*R8 – Pour moi, oralement, je pense, oui hein. Je pense.*

### c. Remarques libres

Concernant les suggestions autour du dépistage et de la prévention concernant l'alcool, plusieurs participants ont mis en avant la nécessité de **cibler en particulier les jeunes** (4/12) :

*R1 - les jeunes on essaie de les préserver aussi de leur... Les jeunes c'est n'importe quoi...*

*R4 – Je pense que... une action spécifique doit être fait surtout au niveau des jeunes*

*R5 – Dépistage...L'alcoolisme, moi je pense qu'il touche toutes les catégories, mais j'ai l'impression maintenant que ça touche aussi les jeunes adultes, les .... Les gamins qui se déchirent en 5 minutes, en prenant des trucs vachement forts [...] Alors c'est compliqué de changer le comportement des gens mais*

*je sais que ce genre de population-là sont peut-être les plus touchées par l'alcoolisme. Après je me trompe peut-être, sûrement mais...*

*R12 – Les adolescents, cibler les adolescents en tant que médecin.*

Enfin lors de ces entretiens, plusieurs participants ont mis en avant les **difficultés des proches** (3/12) dans l'accompagnement de personnes souffrant d'un trouble lié à l'usage de l'alcool :

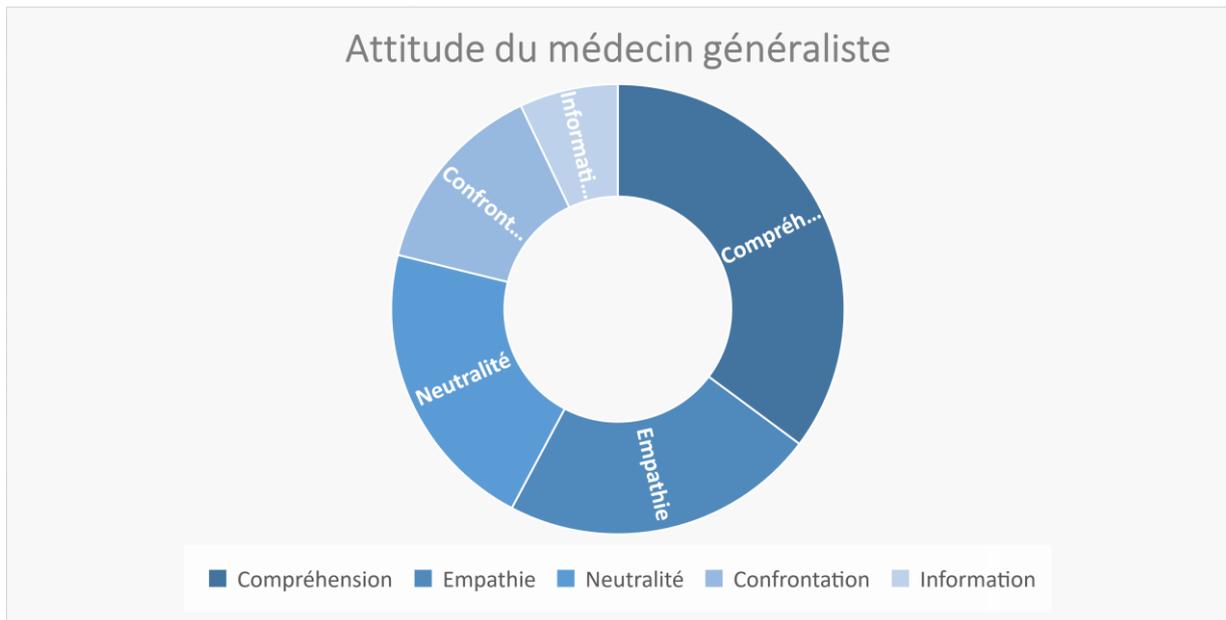
*R6 – (silence)... Peut-être aussi en parler avec le conjoint, la conjointe. Peut-être pas forcément avec la personne concernée. [...] Moi, c'est vraiment une chose que je ne pourrais pas supporter. Quelqu'un qui boit. Non, c'est... J'ai jamais connu ça mais j'ai connu des gens. Non, c'est horrible, c'est...*

*R7- Oui, j'en connais, oui. J'ai déjà essayé, avec quelqu'un. Mais bon, c'est pas tous les jours, c'est surtout le Week-end. Il m'envoie un peu balader. « Je bois pas tous les jours, je... » Voilà. [...] Oui, avec le père de mon fils qui est décédé maintenant... Le docteur le savait. Et il buvait, il me tapait... Enfin, je... Et il m'avait donné des médicaments que je devais lui faire prendre une par jour. Je lui en avais parlé, il voulait pas. Et le docteur il m'avait dit « vous mettez ça, en cachette ». Une fois, il a bu. Il avait pris les médicaments. Il était devenu rouge écarlate. Pis, il respirait mal. Et le docteur lui avait dit après, la vérité « voilà, voilà... » ; Ouh là, il m'aurait tué. Ah ouais, ouais, mais c'était... Quelqu'un qui veut pas, il veut pas, c'est, c'est...*

*R8 – Parce que là, la personne en question, on appelle les pompiers, il ressort contre avis médical. Il a 42 ans. On appelle les gendarmes parce qu'il est violent. Pareil, il ressort le lendemain. On appelle l'hôpital. Il va aux urgences. Il ressort le lendemain ou même le soir même. Y a aucun... On peut pas attacher les gens.*

Les réponses des personnes interrogées concernant l'attitude du médecin généraliste lors du dépistage illustrent principalement un besoin de **compréhension** et d'**empathie**. La nécessité de garder une certaine **neutralité** est également bien exprimée, ce qui fait écho aux craintes principalement mises en avant par les participants concernant le sentiment d'intrusion et de jugement par le médecin traitant. (Figure 5)

Les modalités de dépistage mettent en évidence la difficulté à aborder le sujet. En effet, lorsque l'on s'intéresse aux choix de la méthode de dépistage, l'**anonymat** et l'utilisation d'un **support écrit** semble préférable pour plus de la moitié des participants (7/12). Si l'on prend en considération la part de personnes interrogées qui propose d'**aborder le sujet à partir d'un point d'appel clinique ou biologique**, ce sont au final neuf des douze participants pour qui le dépistage systématique au cours de la consultation de médecine générale apparaît difficile.



**Figure 5 : Attente des participants concernant l'attitude du médecin généraliste lors du sujet de l'alcool**

Il est également intéressant de constater que, sur la question de l'alcool, une part non négligeable des personnes interrogées évoque spontanément la question du **dépistage et de la prévention auprès des jeunes**. Enfin, une des informations à prendre en considération dans le cadre de ces entretiens est la **difficulté des proches** dans l'accompagnement des personnes souffrant d'un trouble lié à l'usage de l'alcool.

## 5. Mise en pratique du dépistage

### a. Questionnaire FACE

La dernière partie des entretiens comprenait la réalisation d'un dépistage via le questionnaire FACE suivi d'une brève d'information sur les risques liés à l'alcool et les repères de consommation. Deux documents fournis par l'association Addictions France ont été utilisés pour cette intervention (*Annexe 1 et 2*).

Les deux premières questions, concernant la fréquence de consommation et les quantités consommées à chaque occasion, sont celles qui ont mis le plus mal à l'aise les participants.

- **Question n°1** (À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?) :

*R2 - 1 à 2 fois par mois. Un petit apéritif de temps en temps, voilà (rire). Je vous le dis franchement.*

*R3 – Alors voilà, déjà une première question qui est mauvaise. Une fois par mois. Si c'est une fois et pis qu'on en boit 15 litres ! hein.*

*R5 – Alors, alcool...(silence)...Oh p\*\*\*\*\* ! Je sais même pas, moi, ça va être 3 fois par semaine, peut-être.*

R6 - Oh, mettez une fois par mois. Et puis encore hein.

R7- Ouh là, la question piège ! Déjà, Noël, nouvel an...

R7- Ouh, non mais Eh ! quand même (rire). C'est vraiment irrégulier. Très, très irrégulier.

R8 – Plusieurs fois par semaine, avec les sorties. Oui, oui.

Q – Plutôt 2 à 3 fois par semaine ou 4 fois ou plus ?

R8 – Non, non, moins de 2 fois. Oui, moins de 2 fois par semaine.

R9 – Non, je dirais une fois par mois au moins. Parce qu'il suffit que quelqu'un passe. Je dis « Tiens, on boit l'apéro ». Vous voyez donc, euh. Après ça peut être 2 mois sans et puis un coup 2 fois dans le mois. Vous voyez. C'est occasionnel.

R9 – Voilà. Oui, oui, oui. Et puis c'est plus si quelqu'un passe et qu'on offre l'apéritif.

- **Question n°2** (Combien de verres standards buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ?) :

R2 - ... un, deux, maximum deux.

R3 – Alors je prends juste mon petit cas. J'en bois tous les jours. Mais je bois ça de vin dans mon verre pour manger avec mon fromage et un petit peu avec mon...

Q- du coup vous seriez plutôt 4 fois par semaine ou plus. Et là vous seriez à un ou deux verres par jour. C'est ça ?

R3 – Même pas, un demi verre par jour.

R5 -Quand c'est l'apéro : c'est un apéro. Quand c'est une bière : c'est une bière et puis euh [...] Mais, quand on fait un repas, forcément, y a plusieurs verres de vin mais c'est pas...

R6 – oh rien. En apéritif, Je vais vous dire si je reçois du monde ou que je vais chez quelqu'un, c'est un petit verre de vin c'est tout. Donc, ça va pas plus loin hein.

R7 – Un petit apéro, ça me suffit, pas plus. Oui, oui... Parce qu'après... Ça dépend des fois. Des fois, ça passe bien. Des fois...

R8 – Maximum, je dirais un verre ou 2 petits mais un verre maximum.

R11 – J'en bois à peu près deux verres parce que je mets des demi-verres... Donc ça fait à peu près deux verres de vin.

Les réponses à la question n°2 notamment sont les plus approximatives et suggèrent pour certains participants le besoin de minimiser leur consommation. Les réponses aux questions n°3, 4 et 5 ont en revanche été beaucoup plus rapides et spontanées.

Deux participants ont obtenu un score supérieur ou égal à 5 (Tableau 6). Dans les deux cas, la question n°3 (Votre entourage vous a fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?) a amené une réponse positive.

R7 – oui, oui. Mes petites filles. On avait été chez mon fils. Et mon fils, il me dit « maman, tu veux un petit whisky » ? Ben euh « petit, petit ». Mais, mes deux petites filles m'ont vu avec un peu de whisky « mais mamie, tu picoles ». Ouuh ! Quand elles m'ont dit ça ! j'ai dit : « je ne picole pas, je ne bois pas. Mais là, j'ai envie de boire un petit verre, j'ai le droit ». Voyez un peu là...

R11 – Euh ma femme... Quand je buvais un peu plus avant. Enfin je buvais pas beaucoup mais c'est vrai qu'elle me...(rires) Elle me piste.

Cette question, qui est centrée sur l'entourage et non plus sur le sujet interrogé, a paru particulièrement efficace pour ouvrir la discussion autour d'un éventuel trouble lié à l'usage de l'alcool.

FACE	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12
Question 1	0	2	4	2	3	1	1	3	1	0	2	0
Question 2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Question 3	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	4	0
Question 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Question 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SCORE	0	2	4	3	3	1	5	3	1	0	6	0

**Tableau 6 : Résultats au questionnaire FACE par question et par participant**

b. Intervention brève

Après avoir répondu au questionnaire FACE, une information brève a été délivrée à chaque participant. Cette intervention n'était pas conditionnée par un dépistage positif mais répondait au souhait des concepteurs de l'étude d'apporter des connaissances supplémentaires aux participants.

Deux principales informations ont été relevées par l'investigateur lors de cette phase des entretiens : d'une part, une forte curiosité de tous les participants à l'étude en particulier concernant les effets de l'alcool à long terme, et d'autre part, la méconnaissance concernant le caractère cancérogène de l'alcool.

La distinction entre consommation à risque et dépendance a également nécessité d'approfondir les explications à l'aide notamment de supports pédagogiques (*Annexes 3 et 4*).

---

## DISCUSSION

---

### I. Forces et limites de l'étude

#### 1. Forces de l'étude

##### c. Approche centrée sur le patient

La recherche bibliographique préalable à l'élaboration de cette étude a mis en évidence plusieurs travaux sur la perception par le médecin généraliste lorsqu'il aborde la question de l'alcool en consultation (44,45). En revanche, le point de vue des patients sur ce sujet a été peu exploré, notamment sous la forme d'entretiens individuels. La particularité et la force principale de cette étude repose sur la mise en avant du point de vue du patient. Permettre à des usagers du système de santé d'exprimer leurs craintes et leurs attentes concernant le dépistage des troubles liés à l'usage de l'alcool constitue une démarche originale et apporte des éléments pour l'amélioration des pratiques en médecine générale.

##### d. L'apport de la recherche qualitative

Dans le cadre d'une étude explorant le ressenti de patients, la liberté d'expression est un élément essentiel. La méthode utilisée pour cette étude a permis un recueil de données le plus large possible. Contrairement aux précédents travaux réalisés sur le sujet, qui s'appuyaient pour la plupart sur des auto-questionnaires (46,47), la démarche ici consistait à s'affranchir des connaissances théoriques préalables. L'une des forces de cette étude repose donc sur sa méthodologie, en s'appuyant sur l'un des principes de base de la recherche qualitative : collecter des données théorisables qui permettent de mieux comprendre et non de documenter (41).

##### e. Recrutement des sujets au hasard des consultations

La méthode de recrutement est également l'un des points forts de cette étude. Les patients ont été sollicités au fil de la journée dans la salle d'attente des différents praticiens et au hasard des consultations. Cette méthode présentait la contrainte de devoir contrôler les critères d'exclusion à posteriori mais a permis de limiter les biais de sélection. On peut noter également qu'un seul refus a été enregistré, pour un motif à priori sans rapport avec le sujet de l'étude, ce qui vient confirmer l'absence de biais introduit lors de ce recrutement.

f. Entretiens immédiatement après recrutement

Le choix de mener les entretiens dès le recrutement des sujets a permis de conserver la spontanéité des réponses. Cette démarche limite le recueil de données influencées par une réflexion préalable sur le thème de l'étude et donc les biais de désirabilité sociale ou encore de confirmation.

g. Saturation des données

La saturation des données obtenue après dix entretiens et contrôlée avec deux participants supplémentaires est un gage de qualité pour une étude qualitative de ce type. La diversité des points de vue et concepts proposés par les participants a bien été prise en compte.

h. Triangulation

La réalisation d'un travail de triangulation en aveugle pour l'analyse et le codage des verbatims est également une des forces de l'étude. Cette démarche vient renforcer la validité et l'exhaustivité des données obtenues. La participation d'une infirmière diplômée d'état est également un gage de qualité. Elle permet de s'affranchir de biais d'interprétation éventuels liés à la formation et à la pratique professionnelle des investigateurs également médecins généralistes.

## 2. *Limites et biais*

a. Biais d'échantillonnage

L'analyse des caractéristiques de la population étudiée montre que celle-ci n'est pas représentative de la population française au 1<sup>er</sup> janvier 2023 (48). En effet, on retrouve parmi les participants deux tiers de femme contre 51,5% dans la population générale et une moyenne d'âge de 62,8 ans, trop élevée au regard de la population française puisque celle-ci compte environ 27% de plus de 60 ans. Cette différence concernant l'âge s'atténue légèrement si on s'intéresse à la population du département de la Nièvre qui compte une proportion de plus de 60 ans nettement plus importante à 39%. Ces différences peuvent également s'expliquer par le profil particulier de la population consultant habituellement en soins primaires. Une enquête réalisée en 2004 montrait que 55% des consultations et visites en médecine générale concernaient des femmes et 28% des septuagénaires (49). Malgré l'absence de données plus récentes, l'évolution de la population française sur ces vingt dernières années laisse supposer que ces chiffres sont sous-estimés. Une comparaison avec le relevé individuel d'activité et de prescriptions de l'un des médecins de la structure (50) montre également qu'au niveau régional les patients de 60 ans et plus représentent 31,57% des consultations. Ceci est encore plus net au regard de l'activité de ce professionnel pour qui 37,29% des consultations concernent cette tranche d'âge.

Si la répartition des différentes catégories socio-professionnelles dans cet échantillon est cohérente avec le profil de la population française (50), la présence d'un seul représentant d'une commune rurale

constitue également un biais puisque la proportion de population vivant dans une commune de moins de 2000 habitants est d'environ 21% en France (51).

b. Une étude monocentrique

Le choix d'une étude monocentrique a paru acceptable du fait de la taille de la structure et du nombre de médecins généralistes exerçant dans celle-ci. Néanmoins, ce choix a pu conduire à un biais de représentativité. D'une part car les médecins travaillant dans la même structure ont potentiellement des méthodes de travail similaires, et d'autre part car la population fréquentant cette maison de santé est familière du travail coordonné, du partage de données entre professionnels ou encore de l'intervention d'une infirmière ASALEE. Bien qu'une étude qualitative de ce type ne nécessite pas une stricte représentativité, le manque d'hétérogénéité de l'échantillon de personnes interrogées a probablement limité la quantité de données recueillies.

c. Manque d'expérience de l'investigateur

L'une des limites de cette étude est également le manque d'expérience de l'investigateur principal dans la recherche qualitative et la conduite d'entretiens semi-dirigés. Cependant, la supervision d'un médecin habitué à diriger ce type d'étude a permis de corriger les principales erreurs en particulier dans l'élaboration de la grille d'entretien.

d. Biais d'acquiescement

La conduite des entretiens par un interne de médecine générale constitue également l'un des principaux biais de cette étude. Ce biais est visible concernant les questions sur la place du médecin traitant dans le dépistage. Il est en effet difficile de conclure sur le rôle du médecin généraliste par rapport aux autres professionnels de santé dans la mesure où cette réponse a pu être influencée par le désir pour les participants de correspondre aux attentes supposées de l'investigateur. En revanche, cet élément ne remet pas en cause les réponses concernant les freins ou facilitateurs pour le dépistage car ces questions concernaient spécifiquement le médecin traitant des patients.

e. Perte de données

Durant la conduite des entretiens, nous avons également repéré des éléments pertinents dans l'expression non verbale des participants. Des signes de nervosité, des changements de posture sur certaines questions, qu'il aurait été intéressant d'analyser également. A posteriori, nous avons conclu que l'utilisation d'un support audio avait induit une perte de données. Un enregistrement vidéo aurait permis un recueil plus exhaustif et la possibilité d'analyser le langage non verbal des participants.

f. Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat Libéral(e) ou infirmier(e) ASALEE

Lors du travail de triangulation des données, un manque de précision a été mis en évidence concernant la question de la délégation de tâche. En effet, parmi les professionnels de santé avec lesquels ce dépistage pourrait s'envisager, la différence entre Infirmier(e) diplômé(e) d'état libéral(e) et infirmier(e) ASALEE n'a pas été clairement définie. L'analyse a cependant montré que la majeure partie des personnes ayant répondu à cette question ont fait référence à l'infirmière ASALEE de la structure. Cette ambiguïté ne permet pas de conclure sur l'acceptabilité du dépistage par un(e) infirmier(e) au sens large. Cela étant, il serait intéressant de mener d'autres travaux de recherche afin d'évaluer la pertinence d'un dépistage réalisé dans le cadre d'un protocole ASALEE.

## II. Mise en perspective des résultats

### 1. *Connaissance insuffisante des risques liés à l'alcool*

Concernant les risques liés à la consommation d'alcool, les participants à cette étude ont surtout mis en avant les pathologies hépatiques et les conséquences sociales. Le risque routier a été assez peu évoqué alors que, dans une précédente étude réalisée en 2019 au sujet des campagnes de prévention, ce risque était le premier cité (52). La diffusion plus importante dans l'espace public ces dernières années de messages de prévention concernant les violences intra-familiales pourrait expliquer en partie cette évolution. On peut supposer également que le contexte de cette étude a incité les participants à se focaliser sur les problématiques médicales.

Le caractère cancérigène de l'alcool apparaît également très sous-estimé par les personnes interrogées. Ces résultats traduisent un important manque d'information dans la population générale. Ce manque de connaissance contribue probablement à diminuer l'impact des messages de prévention concernant l'alcool.

En effet, la méconnaissance des repères de consommation est le reflet de cette difficulté à faire infuser les messages de prévention dans la population. Le travail de triangulation nous a permis de mettre en évidence que les réponses obtenues sur ce point faisaient majoritairement référence à une campagne de prévention datant de février 1984 avec pour slogan « Un verre ça va, trois verres bonjour les dégâts ! » (53). En revanche, les nouveaux repères de consommations sont restés confidentiels. Ce constat avait déjà été fait lors d'une précédente étude ayant interrogé les connaissances des patients (52). Cette méconnaissance s'exprime également à travers l'idée d'un risque différent en fonction du type d'alcool consommé. Dans cette étude, la notion de dose d'alcool pur par verre n'est jamais évoquée. L'idée d'un risque plus important pour les alcools « forts » comparativement au vin est en revanche souvent exprimée.

La comparaison de l'alcool avec d'autres substances psychoactives montre à la fois la conscience des dangers de l'alcool chez les participants mais également un décalage avec les substances illicites considérées comme plus dangereuses. Ces données sont à relativiser car potentiellement biaisées. En effet la population de l'étude, sensiblement plus âgée que la population générale, peut avoir une perception plus négative du cannabis et des autres drogues. Les générations plus jeunes n'auront pas forcément une vision identique en particulier pour le cannabis dont la légalisation fait débat depuis plusieurs années. On retrouve également ici le risque d'un biais d'acquiescement avec une réponse qui ne reflètera pas forcément l'opinion du sujet mais correspondra aux attentes supposées par l'intitulé de l'étude.

L'adaptation française du « Dry January », portée par l'association Addiction France sous le nom de « Défi de Janvier », trouve peu d'écho dans l'échantillon de personnes interrogées dans le cadre de notre étude. Ce résultat est cohérent avec la dernière enquête réalisée sur le sujet qui montre un recul de la connaissance de cette campagne de prévention (33). Néanmoins, ces résultats sont relativement décevants dans la mesure où cette étude s'est déroulée alors que la diffusion médiatique du « Défi de

janvier » était à son apogée. On ne peut s'empêcher d'y voir également la conséquence du faible investissement de la santé publique en France sur le sujet de l'alcool (39).

## *2. Des éléments nouveaux sur la perception du dépistage*

Les résultats de cette étude montrent trois éléments fondamentaux dans le ressenti des patients vis-à-vis du dépistage des troubles liés à l'usage de l'alcool en consultation de médecine générale. L'importance du déni sur ce sujet, le poids du tabou social et de la honte associée à ces troubles, et enfin le manque de sincérité décrit par les patients eux-mêmes. Cette notion de déni est cohérente avec la littérature sur le sujet. En effet, dans une étude qualitative réalisée aux Etats-Unis en 2018 concernant les freins au dépistage de la consommation d'alcool et de drogue en soins primaires, l'une des principales limites identifiée était la réticence du patient à reconnaître un problème d'usage de substance psychoactive (54). Une étude réalisée en France en 2016 sur le sujet montrait que 95% des patients ayant une consommation à risque selon le questionnaire FACE considéraient ne pas avoir de « problème » avec l'alcool (46). En revanche, dans cette même étude, la honte de parler d'alcool avec son médecin était évoquée par seulement 0,8% des sujets (n=445).

Ces deux notions de honte et de manque de sincérité constituent donc des éléments nouveaux dans l'approche de la perception des patients sur le sujet. Le fait que ces freins soient évoqués par les patients eux-mêmes est inattendu et particulièrement pertinent.

Les investigateurs ont également relevé des éléments d'expression non verbale durant les entretiens qui corroborent cette perception d'un manque de sincérité ou d'une gêne associée à ce sujet. L'habileté du clinicien à interpréter ces expressions pourrait avoir un bénéfice certain dans la pratique du dépistage. D'autres travaux de recherche utilisant par exemple l'enregistrement vidéo seraient néanmoins nécessaires pour objectiver et caractériser ces éléments.

Concernant les études auprès de médecins généralistes, le déni des patients est également bien identifié (45). Dans une étude de 2011, 47% des médecins interrogés estimaient que les patients minimisent leur consommation (44). La honte n'est cependant pas identifiée comme frein potentiel au dépistage dans ces différents travaux.

Notre étude confirme la légitimité du médecin généraliste à réaliser ce type de dépistage du point de vue des patients. Ces résultats sont cohérents avec les précédents travaux sur le sujet en population générale (55). Cependant, dans une étude de 2016 réalisée auprès de patients suivis en centre d'addictologie, 62% des participants ont déclaré que leur médecin traitant n'était pas un interlocuteur adéquat concernant le « problème alcool » (47). Cette discordance du point de vue entre les patients en aval de la prise en charge addictologique et les patients de médecine générale interroge surtout sur la qualité actuelle de la pratique du dépistage plutôt que sa légitimité.

Parmi les facteurs favorisant le dépistage identifiés dans cette étude, la relation de confiance et la connaissance des patients sont les éléments principalement évoqués. Ces données sont relativement nouvelles au regard des précédents travaux sur le sujet qui s'attardaient plutôt sur la compétence du médecin généraliste (46). Le point de vue des patients sur l'importance de la relation avec le médecin traitant dans le cadre du dépistage des troubles liés à l'usage de l'alcool apparaît ici comme un point

central dans l'acceptation du dépistage. Une étude réalisée auprès d'addictologue en 2019 décrivait plutôt la proximité du patient avec le médecin traitant comme un frein pour ce dépistage (56). De futurs travaux de recherche pourraient être menés pour évaluer l'impact de cette relation en comparant par exemple un dépistage réalisé par le médecin traitant habituel ou par un tiers.

Concernant les freins au dépistage par le médecin traitant, le sentiment d'intrusion décrit par certains participants est également un élément nouveau à prendre en compte. Les précédents travaux sur le sujet ne mettaient pas en avant cette perception, que ce soit par les patients ou les praticiens eux-mêmes. La gêne et la crainte du jugement avaient déjà été identifiées dans d'autres travaux.

En revanche, la peur d'un manque de confidentialité n'a pas été évoquée par les participants à cette étude alors que l'on retrouve cet élément dans d'autres travaux (47,54). Cela peut être expliqué par le lieu de recrutement des sujets. En effet les participants à cette étude sont suivis dans une maison de santé avec un dossier médical partagé entre les différents professionnels. La confiance dans la confidentialité de la gestion des données médicales est donc déjà élevée dans cet échantillon de patient.

Nous n'avons pas trouvé de travaux qui étudient spécifiquement les attentes des patients concernant l'attitude du médecin généraliste lorsqu'il aborde cette question de l'alcool. Les principaux éléments mis en avant ici à savoir la compréhension, l'empathie et la neutralité sont cohérents avec les freins exprimés auparavant tel que la crainte du jugement ou la honte associées à ce sujet.

### *3. Un dépistage écrit et anonyme, une tentative de contourner les difficultés ?*

Dans notre étude, les participants sont plutôt en faveur d'un dépistage anonyme et sur support écrit. Une précédente étude avait déjà montré cette préférence des patients pour le dépistage par auto-questionnaire (54). Ces réponses sont également cohérentes au regard de l'importance de la gêne à évoquer ces questions. Cependant, ce type de dépistage ne permet pas la réalisation d'une intervention brève associée et diminue probablement le bénéfice de la démarche. Une étude réalisée en 2018 avait d'ailleurs montré l'absence d'impact de la réalisation d'un auto-questionnaire sur le nombre de patient évoquant l'alcool avec leur médecin (57). Il semble plus pertinent de chercher à dépasser les craintes du dépistage rapide en consultation afin de garder l'opportunité de délivrer également une information et des conseils.

### *4. Mise à distance du problème*

L'analyse des entretiens de cette étude a montré un élément frappant dans le discours des personnes interrogées avec spontanément une prise de distance vis-à-vis du sujet. La plupart des participants ont spontanément déclaré qu'ils n'étaient pas concernés par le problème de l'alcool. Or dans la suite des entretiens, dix d'entre eux ont évoqué des proches touchés par des troubles liés à l'usage de l'alcool. Ce constat renforce l'idée d'un sentiment de tabou social associé à l'alcool et la difficulté à aborder le sujet avec les patients.

### III. Implications pour la pratique professionnelle

Les résultats de cette étude objectivent d'une part les difficultés ressenties par les patients face à ce sujet du dépistage, et d'autre part, les attentes concernant la place du médecin généraliste dans cette prise en charge.

Les facteurs favorisant ce dépistage, tel que la relation particulière avec son médecin traitant, la confiance en celui-ci et en ses compétences, sont des arguments forts pour encourager la systématisation de cette démarche de soin.

La crainte du jugement, le tabou social que représente l'alcool mais également les attentes en termes de neutralité, de compréhension et d'empathie sont autant d'éléments à prendre en compte pour faciliter l'adhésion des patients et des médecins généralistes au dépistage.

Ce travail de recherche montre le manque d'information des patients sur les risques liés à la consommation d'alcool. Et donc, ces résultats confirment le besoin d'étayer les connaissances par la délivrance d'informations émanant d'un professionnel de santé dont les patients reconnaissent l'autorité et la compétence sur le sujet. Des travaux complémentaires sur l'impact de la relation patient/médecin traitant sur le dépistage des troubles liés à l'usage de l'alcool ou plus largement de substances psychoactives pourraient être pertinents.

Enfin, bien que ce ne soit pas le sujet principal de cette étude, la question de faire réaliser ce dépistage par d'autres professionnels de santé semble également acceptable pour une partie des patients interrogés. Au regard du développement actuel de l'exercice coordonné et des maisons de santé pluridisciplinaires, la mise en place d'un dépistage par un(e) infirmier(e) diplômé(e) d'état est une piste intéressante, en particulier dans le cadre d'un protocole ASALEE. La volonté des pouvoirs publics de développer l'activité des infirmier(e)s de pratiques avancées pourrait s'accompagner de la création d'une consultation dédiée à différents dépistages dont le repérage des troubles liés à l'usage de l'alcool. D'autres études seraient néanmoins nécessaires pour évaluer l'efficacité d'une telle démarche.

---

## CONCLUSION

---

Les troubles liés à l'usage de l'alcool constituent un problème majeur de santé publique dans le monde et plus particulièrement en France. Parmi les moyens d'actions dont nous disposons pour diminuer l'impact de ces troubles, le dépistage et la prévention sont des leviers essentiels. Dans cette optique, La Haute Autorité de Santé recommande de mettre en place une démarche de Repérage Précoce et d'Intervention Brève, une fois par an si possible, ou lors de tout changement de situation du patient. On constate pourtant à l'heure actuelle des lacunes dans cet effort de dépistage en soins primaires. En effet, les recherches déjà menées sur le sujet ont montré que l'abord de la consommation d'alcool en consultation se heurte à des réticences pour les patients comme pour les médecins (44–46,57).

L'objectif de notre étude était, au travers d'entretiens individuels auprès de patients d'une maison de santé pluridisciplinaire, de mieux comprendre les facteurs qui peuvent limiter ou favoriser ce dépistage. Et dans un second temps, de mettre en évidence des éléments propres à améliorer l'adhésion à cette démarche de soin.

Nos travaux ont montré des freins déjà décrits dans la littérature sur le sujet : tel que le déni, le manque de sincérité ou encore la crainte d'un jugement de la part du médecin. Mais ces entretiens nous ont également permis de constater des éléments nouveaux : le facteur limitant que représente le sentiment de honte associés aux troubles liés à l'usage de l'alcool et le caractère intrusif de ce dépistage mis en avant par certains participants. Par ailleurs, nous avons pu constater un manque de connaissances sur les risques liés à la consommation d'alcool, tout comme sur les campagnes de prévention.

Pourtant, ces entretiens ont également montré que le dépistage en médecine générale est, non seulement possible, mais souhaité par les patients. L'un des principaux atouts du médecin généraliste, pour réaliser cette démarche de repérage précoce, repose sur la relation de confiance tissée avec ses patients. Cette confiance en son médecin traitant, et en ses compétences, est décrit par les patients interrogés comme un facteur favorisant le dépistage sur ce sujet. D'autres travaux évaluant l'impact de cette relation particulière sur le repérage précoce et l'intervention brève pourraient être envisagés.

Pour dépasser les difficultés posées par le repérage des troubles liés à l'usage de l'alcool, ces entretiens nous ont également apporté des informations sur les attentes des patients. Et particulièrement le besoin, sur ce sujet en particulier, de compréhension, d'empathie et de neutralité de la part du médecin qui réalise ce dépistage.

Les patients interrogés ici ont exprimé leur préférence pour un dépistage par auto-questionnaire ou encore réalisé de manière anonyme. Ces réponses soulignent les difficultés à aborder la question. Néanmoins, le bénéfice d'une démarche de dépistage repose sur l'action qui en découle. Aussi, le choix d'une méthode de dépistage qui ne permet pas, à minima, un échange systématique avec le patient par la suite risque d'être insuffisant.

L'évolution actuelle de la médecine de ville autour de maisons de santé pluridisciplinaires et de l'exercice coordonné peut constituer une opportunité de développer le dépistage des troubles liés à l'usage de l'alcool en se reposant sur les compétences d'autres professionnels de santé. Notre travail pourrait ainsi être complété par des études sur l'acceptabilité et l'efficacité du repérage précoce réalisé avec la collaboration d'un(e) infirmier(e) dans le cadre d'une consultation dédiée.

**THESE SOUTENUE PAR Mathieu EYMANN**

**CONCLUSIONS**

Les troubles liés à l'usage de l'alcool constituent un problème majeur de santé publique dans le monde et plus particulièrement en France. Parmi les moyens d'actions dont nous disposons pour diminuer l'impact de ces troubles, le dépistage et la prévention sont des leviers essentiels. Dans cette optique, La Haute Autorité de Santé recommande de mettre en place une démarche de Repérage Précoce et d'Intervention Brève, une fois par an si possible, ou lors de tout changement de situation du patient. On constate pourtant à l'heure actuelle des lacunes dans cet effort de dépistage en soins primaires. En effet, les recherches déjà menées sur le sujet ont montré que l'abond de la consommation d'alcool en consultation se heurte à des réticences pour les patients comme pour les médecins.

L'objectif de notre étude était, au travers d'entretiens individuels auprès de patients d'une maison de santé pluridisciplinaire, de mieux comprendre les facteurs qui peuvent limiter ou favoriser ce dépistage. Et dans un second temps, de mettre en évidence des éléments propres à améliorer l'adhésion à cette démarche de soin.

Nos travaux ont montré des freins déjà décrits dans la littérature sur le sujet : tel que le déni, le manque de sincérité ou encore la crainte d'un jugement de la part du médecin. Mais ces entretiens nous ont également permis de constater des éléments nouveaux : le facteur limitant que représente le sentiment de honte associés aux troubles liés à l'usage de l'alcool et le caractère intrusif de ce dépistage mis en avant par certains participants. Par ailleurs, nous avons pu constater un manque de connaissances sur les risques liés à la consommation d'alcool, tout comme sur les campagnes de prévention.

Pourtant, ces entretiens ont également montré que le dépistage en médecine générale est, non seulement possible, mais souhaité par les patients. L'un des principaux atouts du médecin généraliste, pour réaliser cette démarche de repérage précoce, repose sur la relation de confiance tissée avec ses patients. Cette confiance en son médecin traitant, et en ses compétences, est décrit par les patients interrogés comme un facteur favorisant le dépistage sur ce sujet. D'autres travaux évaluant l'impact de cette relation particulière sur le repérage précoce et l'intervention brève pourraient être envisagés.

Pour dépasser les difficultés posées par le repérage des troubles liés à l'usage de l'alcool, ces entretiens nous ont également apporté des informations sur les attentes des patients. Et particulièrement le besoin, sur ce sujet en particulier, de compréhension, d'empathie et de neutralité de la part du médecin qui réalise ce dépistage.

Les patients interrogés ici ont exprimé leur préférence pour un dépistage par auto-questionnaire ou encore réalisé de manière anonyme. Ces réponses soulignent les difficultés à aborder la question. Néanmoins, le bénéfice d'une démarche de dépistage repose sur l'action qui en découle. Aussi, le choix d'une méthode de dépistage qui ne permet pas, à minima, un échange systématique avec le patient par la suite risque d'être insuffisant.

L'évolution actuelle de la médecine de ville autour de maisons de santé pluridisciplinaires et de l'exercice coordonné peut constituer une opportunité de développer le dépistage des troubles liés à

l'usage de l'alcool en se reposant sur les compétences d'autres professionnels de santé. Notre travail pourrait ainsi être complété par des études sur l'acceptabilité et l'efficacité du repérage précoce réalisé avec la collaboration d'un(e) infirmier(e) dans le cadre d'une consultation dédiée.

Le Président du jury,

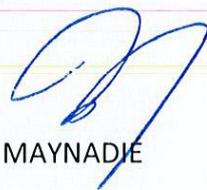


Professeur Hervé DEVILLIERS  
N° RPPS : 10100393619  
Médecine Interne et Maladies Systémiques  
CHU Dijon-Bourgogne  
Tél. 03 80 29 37 72

Pr. Hervé Devilliers

Vu et permis d'imprimer  
Dijon, le 3 AVRIL 2023

Le Doyen



Pr. M. MAYNADIE

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018 [Internet]. 2018 [cité 16 décembre 2022]. 450 p. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274603>
2. Douchet MA. La consommation d'alcool et ses conséquences en France en 2021. OFDT [Internet]. Décembre 2022. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabAlcool2021.pdf>
3. Bonaldi C., Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2019;(5-6):97-108.
4. Kopp P. Le coût social des drogues en France [Internet]. OFDT. Septembre 2015. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxpkv9.pdf>
5. Paille F, Reynaud M. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2015;(n°24-25):440-9.
6. Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Alcohol-attributable mortality in France. Eur J Public Health. Août 2013;23(4):588-93.
7. Duburcq A, Courouve L, Tessier C, Airagnes G, Lemogne C, Truchi C, et al. Morbidités liées à la dépendance à l'alcool au sein de la cohorte Constances : chaînage avec les données du Système national des données de santé. Revue D'épidémiologie Santé Publique. 1 septembre 2020;68:S60-1.
8. Alcool : un « coût » humain important. Rev Prescrire. Janvier 2016;(N°387):page 57.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV. 1994. 928 p.
10. American Psychiatric Association. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier Masson; 2015. 1275 p.
11. HAS. Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève. Alcool Cannabis Tabac chez l'adulte. Janvier 2021.
12. Dewost AV, Michaud P, Arfaoui S, Gache P, Lancrenon S. Fast Alcohol Consumption Evaluation: A Screening Instrument Adapted for French General Practitioners. Alcohol Clin Exp Res. 2006;30(11):1889-95.
13. Roerecke M, Vafaei A, Hasan OSM, Chrystoja BR, Cruz M, Lee R, et al. Alcohol Consumption and Risk of Liver Cirrhosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. Am J Gastroenterol. Octobre 2019;114(10):1574-86.
14. Bagnardi V, Rota M, Botteri E, Tramacere I, Islami F, Fedirko V, et al. Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose-response meta-analysis. Br J Cancer. 3 février 2015;112(3):580-93.

15. GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Lond Engl.* 22 septembre 2018;392(10152):1015-35.
16. Renaud S, de Lorgeril M. Wine, alcohol, platelets, and the French paradox for coronary heart disease. *Lancet Lond Engl.* 20 juin 1992;339(8808):1523-6.
17. Minzer S, Losno RA, Casas R. The Effect of Alcohol on Cardiovascular Risk Factors: Is There New Information? *Nutrients.* 27 mars 2020;12(4):912.
18. Whitman IR, Pletcher MJ, Vittinghoff E, Imburgia KE, Maguire C, Bettencourt L, et al. Perceptions, Information Sources, and Behavior Regarding Alcohol and Heart Health. *Am J Cardiol.* 15 août 2015;116(4):642-6.
19. Stockwell T, Zhao J, Panwar S, Roemer A, Naimi T, Chikritzhs T. Do « Moderate » Drinkers Have Reduced Mortality Risk? A Systematic Review and Meta-Analysis of Alcohol Consumption and All-Cause Mortality. *J Stud Alcohol Drugs.* Mars 2016;77(2):185-98.
20. Almeida OP, McCaul K, Hankey GJ, Yeap BB, Golledge J, Flicker L. Excessive alcohol consumption increases mortality in later life: a genetic analysis of the health in men cohort study. *Addict Biol.* Mars 2017;22(2):570-8.
21. Millwood IY, Walters RG, Mei XW, Guo Y, Yang L, Bian Z, et al. Conventional and genetic evidence on alcohol and vascular disease aetiology: a prospective study of 500 000 men and women in China. *Lancet Lond Engl.* 4 mai 2019;393(10183):1831-42.
22. Holmes MV, Dale CE, Zuccolo L, Silverwood RJ, Guo Y, Ye Z, et al. Association between alcohol and cardiovascular disease: Mendelian randomisation analysis based on individual participant data. *BMJ.* 10 juillet 2014;349:g4164.
23. Schwarzingler M, Pollock BG, Hasan OSM, Dufouil C, Rehm J, QalyDays Study Group. Contribution of alcohol use disorders to the burden of dementia in France 2008-13: a nationwide retrospective cohort study. *Lancet Public Health.* Mars 2018; 3(3):124-32.
24. Xu W, Wang H, Wan Y, Tan C, Li J, Tan L, et al. Alcohol consumption and dementia risk: a dose-response meta-analysis of prospective studies. *Eur J Epidemiol.* Janvier 2017;32(1):31-42.
25. Mewton L, Visontay R, Hoy N, Lipnicki DM, Sunderland M, Lipton RB, et al. The relationship between alcohol use and dementia in adults aged more than 60 years: a combined analysis of prospective, individual-participant data from 15 international studies. *Addict Abingdon Engl.* Mars 2023;118(3):412-24.
26. Ilomaki J, Jokanovic N, Tan ECK, Lonnroos E. Alcohol Consumption, Dementia and Cognitive Decline: An Overview of Systematic Reviews. *Curr Clin Pharmacol.* 2015;10(3):204-12.
27. Plan d'action mondial contre l'alcool 2022-2030 pour renforcer la mise en oeuvre de la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool [Internet]. OMS; juillet 2021. Disponible sur: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/alcohol/alcohol-action-plan/first-draft/global-alcohol-action\\_plan\\_first\\_draft\\_fr.pdf?sfvrsn=e490c5de\\_5](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/alcohol/alcohol-action-plan/first-draft/global-alcohol-action_plan_first_draft_fr.pdf?sfvrsn=e490c5de_5)
28. Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addict Abingdon Engl.* Mars 1993;88(3):315-35.

29. Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*. 24 février 2018;(2):CD004148.
30. Ballard J. What is Dry January? *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. Janvier 2016;66(642):32.
31. De Visser RO, Robinson E, Bond R. Voluntary temporary abstinence from alcohol during « Dry January » and subsequent alcohol use. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc*. Mars 2016;35(3):281-9.
32. De Visser RO, Piper R. Short- and Longer-Term Benefits of Temporary Alcohol Abstinence During « Dry January » Are Not Also Observed Among Adult Drinkers in the General Population: Prospective Cohort Study. *Alcohol Alcohol Oxf Oxfs*. 25 juin 2020;55(4):433-8.
33. « Dry January » : les Français relèvent-ils le défi cette année ? | YouGov [Internet]. 2021 [cité 3 mars 2023]. Disponible sur: <https://fr.yougov.com/topics/consumer/articles-reports/2021/01/11/dry-january-les-francais-relevant-ils-le-defi>
34. De Vocht F, Brown J, Beard E, Angus C, Brennan A, Michie S, et al. Temporal patterns of alcohol consumption and attempts to reduce alcohol intake in England. *BMC Public Health*. 1 septembre 2016;16:917.
35. Vignerons et négociants opposés au mois sans alcool français [Internet]. 2019 [cité 3 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.vitisphere.com//actualite-90532-vignerons-et-negociants-opposes-au-mois-sans-alcool-francais.html>
36. Fourcade N, Von Lennep F, Grémy I, Bourdillon F. L'état de santé de la population en France - Rapport 2017. DREES; Mai 2017.
37. Raude J. Les stratégies et les discours de prévention en santé publique : paradigmes et évolutions. *Commun Lang*. 2013;176(2):49-64.
38. Balinska MA, Leon C. Opinions et réticences face à la vaccination. *Rev Médecine Interne*. 2007;Vol.28(N°1):p.28-32.
39. Consommation d'alcool : aveuglement sans modération. *Revue Prescrire*. Mai 2020; Tome 40(N°439):p.378.
40. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinesithérapie Rev*. 2015;15(157):50-4.
41. Méliani V. Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode. *Rech Qual*. 2013;Hors Série(N°15):435-52.
42. Aubin-Auger I, Stalnikiewicz B, Mercier A, Lebeau JP, Baumann L. Diriger une thèse qualitative : difficultés et solutions possibles. *Exercer*. 2010;Vol.21(N°93):p.111-4.
43. INSEE. Nomenclature des Professions et catégories socioprofessionnelles 2020 [Internet]. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. 2021 [cité 3 février 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcs2020/groupeSocioprofessionnel/1?champRecherche=tr ue>

44. Groppi M., Geiger S., Lafortune J. Parler d'alcool avec son patient en médecine générale : Simple ou gênant ? Médecine. Février 2011;pages 83-86.
45. Benkiran L. Le médecin généraliste face aux principales addictions aux produits (tabac, alcool, cannabis, opiacés, cocaïne) : freins au repérage et à la gestion dans la pratique courante: enquête qualitative réalisée auprès de 20 praticiens de la région PACA [Internet]. 2014. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01232248/document>
46. Phan T, Yana J, Fabre J, Yana L, Renard V, Ferrat E. Repérage de la consommation d'alcool à risque par les médecins généralistes : enquête auprès de patients en soins premiers. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. 1 août 2020;68(4):pages 215-225.
47. Mouchet O. Place du médecin traitant dans la prise en charge du mésusage de l'alcool. Point de vue de 81 patients suivis en CSAPA [Internet]. Faculté Paris Descartes; 2016. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01624465/document>
48. Estimation de la population au 1<sup>er</sup> janvier 2023 | Insee [Internet]. [cité 9 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>
49. DREES. Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie. Etudes et Résultats, N°315. Juin 2004.
50. Système National Inter-Régimes. Relevé individuel d'activité et de prescriptions Professionnel N°58101532C- Janvier à Juin 2022. Caisse Primaire d'Assurance Maladie; (Document non accessible au public)
51. Catégorie socioprofessionnelle selon le sexe et l'âge | Insee [Internet]. [cité 10 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2489546>
52. Toujours plus d'habitants dans les unités urbaines - Insee Focus - 210 [Internet]. [cité 10 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4806684>
53. Denisot E. Ressenti concernant les campagnes de prévention des risques liés à la consommation d'alcool sur une population de majeurs du nord sénonais [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bourgogne; 2019.
54. C'était un 16 février : « Un verre ça va, trois verres... » un slogan et un dessin, celui de Cabu [Internet]. TF1 INFO. 2015 [cité 10 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.tf1info.fr/france/cetaut-un-16-fevrier-un-verre-ca-va-trois-verres-un-slogan-et-un-dessin-celui-de-cabu-1188830.html>
55. McNeely J, Kumar PC, Rieckmann T, Sedlander E, Farkas S, Chollak C, et al. Barriers and facilitators affecting the implementation of substance use screening in primary care clinics: a qualitative study of patients, providers, and staff. Addict Sci Clin Pract. 9 avril 2018;13(1):8.
56. Michaud P, Fouilland P, Grémy I, Klein P. Alcool, Tabac, Drogue le public fait confiance aux médecins. Rev Prat Med Gen. 1 janvier 2003;17:605-8.
57. Pautrat M, Ciolfi D, Riffault V, Breton H, Brunault P, Lebeau JP. Repérage des troubles liés à une substance et troubles addictifs en soins premiers. Exercer. 31 octobre 2019.

58. Tauckoor L. Observation de l'impact d'un auto-questionnaire sur le nombre de patients évoquant l'alcool en médecine ambulatoire: enquête réalisée auprès de 20 médecins généralistes dans la région Poitou-Charentes [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2018 [cité 13 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.sudoc.fr/226839133>
59. Holt S, Skinner HA, Israel Y. Early identification of alcohol abuse: 2: Clinical and laboratory indicators. *Can Med Assoc J.* 15 mai 1981;124(10):1279-94, 1299.
60. Morel A, Coueron JP. Les conduites addictives [Internet]. Paris: Dunod; 2008. 336 p. (Psychothérapies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-conduites-addictives--9782100510832.htm>

# ANNEXES

## 7 ÉVALUEZ VOTRE RELATION À L'ALCOOL

VOUS POUVEZ RÉPONDRE AU QUESTIONNAIRE FACE (Formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien)

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

**INTERPRÉTATION DU SCORE:**  
HOMMES [H] • FEMMES [F]

Risque faible ou nul	Consommation à risque	Dépendance probable
[H] moins de 5 [F] moins de 4	[H] entre 5 à 8 [F] entre 4 à 8	[H] - [F] 9 et plus

## INFOS PRATIQUES

Retrouvez nos centres d'addictologie et équipes de prévention près de chez vous : [www.addictions-france.org](http://www.addictions-france.org)

Nos professionnels sont là pour vous orienter, vous informer et vous accompagner de manière gratuite et confidentielle.

- ALCOOL
- TABAC
- SUBSTANCES ILLICITES
- MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES
- PRATIQUES DE JEU EXCESSIF
- AUTRES ADDICTIONS SANS PRODUIT

Suivez-nous sur :  
[@AddictionsFr](https://www.instagram.com/AddictionsFr)  
[Association Addictions France](https://www.facebook.com/AssociationAddictionsFrance)  
[Association Addictions France](https://www.youtube.com/channel/UC...)

RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE  
 FONDÉE EN 1872 PAR LOUIS PASTEUR ET CLAUDE BERNARD  
[www.addictions-france.org](http://www.addictions-france.org) - [contact@addictions-france.org](mailto:contact@addictions-france.org)

## L'ALCOOL

---

## 1 QU'EST-CE QUE C'EST ?

Associé au plaisir et à la convivialité, l'alcool désigne en fait une molécule : l'éthanol (ou alcool pur). Chaque boisson contient un pourcentage variable (degré) d'alcool pur.

**LE SAVIEZ-VOUS ?**

VIN, CIDRE, BIÈRE... = BOISSONS FERMENTÉES  
 WHISKY, COGNAC, VODKA, PASTIS = BOISSONS DISTILLÉES

12° = 10CL DE VIN = 25 CL DE BIÈRE = 40° = 25 CL DE WHISKY = 12° = 1 COUPE DE CHAMPAGNE = 10G D'ALCOOL PUR

Les doses que l'on se verse chez soi ou chez des amis sont souvent plus grandes.

## 4 ALCOOL & GROSSESSE

La consommation d'alcool peut entraîner des complications durant la grossesse et, chez l'enfant à naître, des troubles cognitifs et du développement, voire des retards de croissance et malformations. On ne connaît pas le seuil au-dessous duquel la consommation d'alcool n'a aucune conséquence sur la santé du fœtus. Il est donc recommandé de ne pas boire d'alcool pendant toute la grossesse et l'allaitement.

## 5 QU'EN DIT LA LOI ?

- La production, la publicité et la vente de boissons alcoolisées sont réglementées.
- La vente d'alcool aux mineurs est interdite.
- Sur la route, il est interdit de rouler avec un taux d'alcoolémie supérieur à 0,5 g d'alcool par litre de sang. Ce taux est de 0,2 g/l pour les nouveaux conducteurs et les conducteurs de transport en commun.

---

## 2 QUELS EFFETS ?

L'alcool est un produit psychoactif : il modifie les perceptions et les comportements.

Les effets ne sont pas les mêmes selon :  
 • la quantité que l'on boit,  
 • la vitesse de consommation,  
 • son poids,  
 • son sexe,  
 • son degré d'accoutumance ou si on mélange avec d'autres drogues.

ACCOUTUMANCE, MÉLANGE, VITESSE, SEXE, POIDS, QUANTITÉ

**TOUS & TOUTES INÉGALUX**

**DES EFFETS IMMÉDIATS :**  
 L'alcool passe directement dans le sang. En quelques minutes, il arrive au cerveau.

- À FAIBLE DOSE : sensation de plaisir, détente, euphorie, désinhibition...
- À FORTÉ DOSE : troubles de l'équilibre, de la vision et du jugement, agressivité, vomissements, malaises et coma éthyliques...

## 3 À SAVOIR

- L'alcoolémie (quantité d'alcool contenue dans le sang) monte rapidement, encore plus quand on est à jeun.
- Éviter de consommer à jeun permet de mieux gérer les effets.
- L'alcool déshydrate : pour quatre verres d'alcool, on perd 1 litre d'eau.
- Boire de l'eau régulièrement est le seul remède efficace contre les maux de tête et la gueule de bois.

**L'ÉLIMINATION EST BEAUCOUP PLUS LONGUE : IL FAUT 1H30 À 2H POUR ÉLIMINER UN VERRE STANDARD.**

Il n'y a que le temps qui permet de dessouler. Le café ou une douche n'auront aucun effet.

**IL EST RECOMMANDÉ**  
 AVEC 10 D'ALCOOL / SEMAINE  
 AVEC 2 jours SANS ALCOOL

## 6 CONSEILS

- Avant la soirée désigner un conducteur qui ne boira pas. Dès le 2<sup>ème</sup> verre, le taux d'alcoolémie autorisé risque d'être dépassé.
- Éviter les mélanges. Alcool et drogues ne font pas bon ménage.
- Si quelqu'un fait un malaise ou est inconscient, l'allonger en position latérale de sécurité et appeler les urgences.
- Prévoir des préservatifs pour éviter tout comportement sexuel à risque.

Annexe 1 : Support pour la prévention des troubles liés à l'usage de l'alcool chez l'adulte Recto/verso – Association Addictions France

## 4 CONSEILS

DEMANDER À **DORMIR SUR PLACE** OU **DÉSIGNER UN SAM?**

\*SANS ACCIDENT MORTEL.



PLUS D'INFOS SUR :

[www.jeunes.gouv.fr/Chisam](http://www.jeunes.gouv.fr/Chisam)

PRÉVOIR DES **PRÉSERVATIFS**, POUR ÉVITER TOUT COMPORTEMENT SEXUEL À RISQUE.



ÉVITER LES **MÉLANGES...** ALCOOL ET DROGUES NE FONT PAS BON MÉNAGE.



SI QUELQU'UN FAIT UN MALAISE, L'ALLONGER EN POSITION LATÉRALE DE SÉCURITÉ (PLS) ET APPELER LES URGENCES.

15

Plus d'informations sur : [www.addictions-france.org](http://www.addictions-france.org)



# L'ALCOOL

CONSEILS • ASTUCES

Association Addictions France

## 1 C'EST QUOI ?

VIN, CIDRE, BIÈRE, WHISKY, VODKA... Toutes ces boissons contiennent une même molécule : l'éthanol ou alcool pur. La concentration en alcool pur est différente pour chaque type de boisson : on ne boit pas toutes les boissons dans les mêmes quantités.



⚠ A la maison ou chez des amis, ON A TENDANCE À SE SERVIR DE PLUS GRANDS VERRES : on absorbe donc plus d'alcool.

## 2 ÇA FAIT QUOI ?

L'alcool est un produit psychoactif : il modifie les perceptions et les comportements.

A DOSE ÉGALE, LES EFFETS NE SONT PAS LES MÊMES : ils varient selon le sexe, l'âge, le poids, l'état de santé ou de fatigue, etc.

• À PETITE DOSE : on se sent plus détendu, plus joyeux, plus ouvert aux autres.

• À FORTE DOSE : on peut avoir envie de vomir, faire un malaise ou un coma éthylique, perdre l'équilibre et se faire mal et même devenir agressif et violent.



PLAISIR RISQUES



## 3 À SAVOIR

L'alcool fait très vite effet, encore plus quand on est à jeun.



Il n'y a que le temps qui permet de dessoûler.

Un café ou une douche n'auront donc aucun effet.

A long terme, une consommation excessive et régulière peut entraîner une forte dépendance et la survenue de maladies.

**IL EST RECOMMANDÉ**

10 + DE 10 VERRES D'ALCOOL / SEMAINE AVEC 2 jours SANS ALCOOL

L'ALCOOL DÉSHYDRATE :

-1 Verre d'alcool

≈ 2H

-1L d'eau perdu POUR x4 VERRES d'alcool CONSOMMÉS

Boire beaucoup d'eau est le seul remède efficace contre les maux de tête et la gueule de bois.

## Binge drinking Quésako ?

Boire un maximum d'alcool dans un minimum de temps porte un nom : le *binge drinking* (« biture express » en français). Les risques, notamment de coma, sont alors démultipliés.



**TITRE DE LA THESE : Quels sont les freins et leviers au repérage d'un trouble lié à l'usage de l'alcool en médecine générale ? Etude qualitative auprès de patients d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire Nivernaise**

**AUTEUR :**

EYMANN Mathieu

**RESUME :**

Introduction.

Les troubles liés à l'usage de l'alcool constituent un problème majeur de santé publique dans le monde et plus particulièrement en France. Cette étude a pour objet principal d'explorer la perception des patients concernant le dépistage de ces troubles en médecine générale.

Matériels et méthode.

Une étude qualitative de 12 entretiens semi-dirigés selon la méthode de la théorie ancrée réalisés auprès de patients d'une maison de santé de Bourgogne suivis par différents médecins généralistes et recrutés au hasard des consultations.

Résultats.

Cette étude a mis en évidence de nombreux freins à la réalisation du dépistage des troubles liés à l'usage de l'alcool en médecine générale. On retrouve notamment le déni, la honte ou encore le manque de sincérité des personnes concernées. Le manque de connaissance des risques liés à la consommation d'alcool est également un frein important à la prévention.

Des arguments en faveur d'un dépistage réalisé en médecine générale ont également été décrits. La relation de confiance avec son médecin traitant, ainsi que la confiance dans ses compétences, sont principalement évoquées. Une attitude compréhensive, empathique et l'absence de jugement sont les principaux facteurs favorisant l'adhésion à ce dépistage.

Conclusions.

Le repérage des troubles liés à l'usage de l'alcool est un sujet difficile à aborder pour les patients. Cette étude a pourtant montré des éléments favorisant ce dépistage réalisé par le médecin traitant. Ces résultats sont en faveur d'une pratique plus systématique du repérage précoce en médecine générale et montrent la nécessité de prendre en compte le ressenti particulier des patients sur ce sujet.

**MOTS-CLES : Alcool, Trouble lié à l'alcool, Consommation à risque, Dépendance, Repérage précoce, Intervention brève, Etude qualitative, Médecine générale**