



Année 2021/2022

Thèse
Pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
Diplôme d'État
Par
Cynthia DELAUNAY-BELLEVILLE
Née le 29 avril 1988 à Paris 14^{ème} (75)

**LE VECU ET L'OPINION DES PATIENTS PRESENTANT UNE
ADDICTION A L'ALCOOL FACE AU REPERAGE ET A LA PRISE EN
CHARGE PAR LE MEDECIN GENERALISTE**

Présentée et soutenue publiquement le 16 décembre 2021 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Wissam EL HAGE, Psychiatrie Adultes, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Docteur Christophe RUIZ, Médecine Générale, MCA, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Paul BRUNAUT, Psychiatrie Adultes et Addictologie, MCU-PH, Faculté de Médecine –Tours

Directeur de thèse : Docteur Christian DUFRENE, Médecine Polyvalente – Issoudun

TITRE : LE VECU ET L'OPINION DES PATIENTS PRESENTANT UNE ADDICTION A L'ALCOOL FACE AU REPERAGE ET A LA PRISE EN CHARGE PAR LE MEDECIN GENERALISTE

INTRODUCTION

En France l'alcool est le deuxième facteur de mortalité après le tabac. Le médecin généraliste est le principal acteur du repérage du trouble de l'usage à l'alcool. Cependant le dialogue entre le médecin et le patient consommateur n'est pas toujours aisé. L'objectif de l'étude est de comprendre les motivations et les freins à aborder la problématique du mésusage à l'alcool et les attentes de ces patients envers leur médecin traitant.

MATERIEL ET METHODE

Une étude qualitative a été réalisée entre Juin et Aout 2021. Les données sont extraites à partir d'entretiens semi dirigés auprès de 12 patients consommateurs d'alcool dans un centre d'addictologie en région Val de Loire.

RESULTATS

Une relation de confiance établie avec son médecin traitant et la peur des risques sur la santé sont les motivations qui ont aidé les patients à ouvrir le dialogue sur le trouble de l'usage à l'alcool. Cependant de nombreux freins subsistent, la peur d'être jugé, une écoute non adaptée, des connaissances limitées dans le domaine ou une mauvaise attitude de la part du médecin traitant.

Les attentes des patients sont très claires, ils recherchent de l'aide de la part de leur interlocuteur basée sur l'écoute, une orientation spécifique et un suivi rapproché.

DISCUSSION ET CONCLUSION

En dépit de nombreux freins, les patients sont plutôt volontaires à aborder le thème du trouble d'usage à l'alcool. Ces derniers regrettent cependant que leur médecin traitant n'ait pas amorcé le sujet dans le but de faciliter l'échange. La formation continue et la sensibilisation des médecins généralistes amélioreraient le repérage systématique. La prise en charge pourrait être également plus adaptée rapide et coordonnée.

MOTS CLES : médecine générale, relation médecin patient, trouble d'usage à l'alcool, alcool, opinion, vécu, étude qualitative, prise en charge

**TITLE: THE EXPERIENCE AND OPINION OF PATIENTS PRESENTING AN
ADDICTION TO ALCOHOL FACING THE IDENTIFICATION AND
MANAGEMENT BY THE GENERAL PRACTITIONER**

INTRODUCTION

In France alcohol is the second factor of mortality after tobacco. The general practitioner is the main actor in the identification of alcohol use disorder. However, the dialogue between the doctor and the patient consumer is not always easy. The aim of the study is to understand the motivations and barriers to tackling the problem of alcohol misuse and the expectations of these patients towards their attending physician.

MATERIAL AND METHOD

A qualitative study was carried out between June and August 2021; The data are extracted from semi structured interviews with 12 alcohol-consuming patients in an addictology center in the Val de Loire region.

RESULTS

A relationship of trust established with the attending physician and fear of health risks were the two motivations that helped patients open the dialogue about alcohol use disorder. However, obstacles remain, the fear of being judged, inadequate listening, limited knowledge in the field or a bad attitude of the attending physician.

Patients' expectations are very clear, they seek help from their interlocutor based on listening, specific guidance and close follow-up.

DISCUSSION AND CONCLUSION

Despite many obstacles, patients in general are quite willing to bring up the topic of alcohol use disorder. They regret however that their attending physician didn't initiate the subject in order to facilitate the exchange. Continuous training and awareness-raising for general practitioners would improve systematic identification. The management could also be more adapted quick and coordinated.

KEY WORDS: general medicine, doctor-patient relationship, alcohol use disorder, alcohol, opinion, experience, qualitative study, patient care

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Pr Henri MARRET

ASSESEURS
Pr Denis ANGOULVANT, Pédagogie
Pr Mathias BUCHLER, Relations internationales
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, Moyens – relations avec l'Université
Pr Clarisse DIBAO-DINA, Médecine générale
Pr François MAILLOT, Formation Médicale Continue
Pr Patrick VOURC'H, Recherche

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES
Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES
Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Jacques CHANDENIER
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Pascal DUMONT
Pr Dominique GOGA
Pr Gérard LORETTE
Pr Dominique PERROTIN
Pr Roland QUENTIN

PROFESSEURS HONORAIRES
P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – P. COSNAY – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle.....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLOIN Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne

MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINTE-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale
ROBERT Jean Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra Médecine interne
BARBIER Louise..... Chirurgie digestive
BINET Aurélien Chirurgie infantile
BISSON Arnaud Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas Cardiologie
DENIS Frédéric Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie..... Immunologie
GUILLON-GRAMMATICO Leslie Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille Immunologie

LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl	Bactériologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
NICOGLLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

BARBEAU Ludivine	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie	
DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
Pour l'Ecole d'Orthoptie	
BOULNOIS Sandrine	Orthoptiste
SALAME Najwa	Orthoptiste
Pour l'Ethique Médicale	
BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

REMERCIEMENTS

A mon président de jury :

Monsieur le Professeur EL HAGE Wissam,

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury, je vous remercie de votre implication et d'apporter votre expérience à la critique de ce travail.

Soyez assuré de ma gratitude. Je vous présente mes hommages respectueux.

Aux membres du jury,

Monsieur le Docteur Paul BRUNAUT,

Je suis honorée que vous ayez accepté de juger ce travail. Merci de votre présence et de votre engagement dans l'enseignement. Veuillez trouver ici l'expression de mes plus sincères remerciements.

Monsieur le Docteur Christophe RUIZ,

Vous me faites l'honneur d'apporter votre expérience et de siéger dans mon jury, j'ai dès la première année apprécié votre engagement pédagogique et votre implication auprès des internes de médecine générale.

A mon directeur de thèse,

Merci Christian d'avoir accepté de diriger ce travail, pour votre bonne humeur et tous vos bons conseils. Je vous remercie de m'avoir enseigné la pratique de la médecine générale avec tant d'enthousiasme et de bienveillance pour le patient. Je suis très fière d'avoir pu travailler avec vous.

Aux patients,

Qui ont accepté de me rencontrer et de se confier. Sans vous ce travail n'aurait pu voir le jour, je vous remercie sincèrement.

Aux médecins généralistes,

Merci à tous les médecins généralistes que j'ai pu croiser lors de mon internat ou de mes remplacements, merci pour votre transmission du savoir et votre bienveillance. Merci de votre confiance.

Merci également aux addictologues, Véronique, Catalina et Denis d'Illiers Combray qui m'ont orienté vers ce sujet et qui m'ont apporté leur soutien et leurs connaissances.

Merci à mes parents,

Je n'ai pas les mots pour exprimer à quel point je vous remercie et je vous aime.

Merci d'avoir toujours été présents toutes ces années, de m'avoir portée à bout de bras et de votre amour inconditionnel.

Vous m'avez enseigné tellement de sagesse et de valeurs, c'est grâce à vous que je suis celle que je suis aujourd'hui. Je suis si fière et chanceuse de vous avoir comme parents.

Ma gratitude et mon amour envers vous sont éternels.

Sans vous je n'aurai jamais pu accomplir ce rêve. Je vous aime profondément

A ma sœur,

La prunelle de mes yeux, tu es une sœur admirable et tellement bienveillante, merci d'avoir été à mes côtés toutes ces années. Je suis tellement honorée d'avoir une sœur si intelligente et généreuse. Je t'aime si fort.

A mes amis,

Mes chers amis, Mike, Clarisse, Aurélie, Sara, Marie, vous êtes incroyables, merci pour votre présence, pour votre amour, votre soutien, nous sommes loin des yeux mais près du cœur. Amis pour la vie je ne vous échangerai pour rien au monde. Vous êtes les meilleurs.

Une attention particulière à mes amies Lucie et Olivia, merci d'avoir été présentes toutes ces années d'études, nous avons fait cette aventure ensemble. Vous m'avez apportée joie, rires et j'en passe. Merci à vous deux pour votre relecture et votre implication dans cette dernière ligne droite. Je vous en suis éternellement reconnaissante.

Petit clin d'œil à Anne-So, merci pour ta bonne humeur, ta cool attitude et pour avoir toujours répondu présente dans mes gros moments de stress. Une nouvelle amitié dont je suis très contente !

Je vous aime

A Laurent,

Merci d'être présent dans ma vie, de m'apporter soutien et réconfort au quotidien, pour ton optimisme hors pair et ton amour. L'avenir et les projets nous attendent. Je t'aime

A mes grands-parents,

Que votre âme repose en paix, je vous dédie cette thèse. Vous me manquez terriblement.

Merci de votre amour, votre soutien et d'avoir toujours cru en moi.

Mamie je sais que tu es à mes côtés chaque jour de ma vie.

Je vous aime pour toujours.

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS.....	13
I. INTRODUCTION.....	14
II. GENERALITES SUR L'ALCOOL.....	15
A. ÉPIDEMIOLOGIE EN FRANCE	15
B. DEFINITION DE L'ALCOOL	15
C. CONTEXTE CULTUREL.....	16
III. MODES DE CONSOMMATION D'ALCOOL.....	17
A. REGLEMENTATION.....	17
B. MODES DE CONSOMMATION D'ALCOOL	18
1. <i>Le non-usage</i>	18
2. <i>L'usage</i>	18
3. <i>Le mésusage</i>	18
C. DEFINITION DE L'ADDICTION	19
IV. CONSEQUENCES D'UNE CONSOMMATION D'ALCOOL CHRONIQUE.....	19
A. CONSEQUENCES PSYCHO-SOCIALES	19
B. CONSEQUENCES SOMATIQUES.....	20
C. SPECIFICITES RELATIVES A LA POPULATION.....	22
1. <i>Alcool et grossesse</i>	22
2. <i>Alcool et travail</i>	23
3. <i>Alcool et jeunes (enfants, adolescents, jeunes adultes)</i>	24
V. ALCOOL ET MEDECINE GENERALE	25
A. DEPISTAGE D'UN TROUBLE DE L'USAGE A L'ALCOOL.....	25
1. <i>Caractéristiques cliniques</i>	25
2. <i>Examens complémentaires</i>	26
B. ADDICTION ET MEDECINE GENERALE.....	28
C. ADDICTION ET COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES.....	21
VI. MATERIEL ET METHODES.....	30
VII. RÉSULTATS	32
A. DONNEES RELATIVES AUX PATIENTS.....	32
B. LE REPERAGE DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL EN PRATIQUE	33
1. <i>Une révélation par le patient ?</i>	33
2. <i>Approche par le médecin traitant</i>	33
3. <i>Intervention d'une tierce personne ?</i>	33
4. <i>Autres intervenants médicaux</i>	34
5. <i>Approche pour besoin administratif</i>	34
6. <i>Le médecin traitant n'a pas perçu le signal</i>	35
7. <i>Sujet abordé immédiatement ?</i>	36
C. LES MOTIVATIONS POUR ABORDER LE THEME DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL.....	37
1. <i>Relation de confiance</i>	37
2. <i>Une relation bien établie</i>	37
3. <i>Une demande d'aide</i>	38
4. <i>Peur pour sa santé</i>	38
5. <i>Les enfants</i>	38
D. LES FREINS À PARLER DE SA CONSOMMATION D'ALCOOL	39
1. <i>Peur d'être jugé</i>	39
2. <i>La honte</i>	39
3. <i>Impact sur le travail</i>	40
4. <i>Manques de connaissances du médecin</i>	40
5. <i>Capacités limitées de prise en charge</i>	40
6. <i>Sexe du médecin</i>	41
7. <i>Manque de temps du médecin</i>	41

8.	<i>Discours moralisateur</i>	41
9.	<i>Relation médecin patient</i>	42
10.	<i>Les choses que l'on n'ose pas dire</i>	42
E.	LES ATTENTES DES PATIENTS VIS-A-VIS DES MEDECINS GENERALISTES	43
1.	<i>Une aide</i>	44
2.	<i>Une écoute et du temps</i>	44
3.	<i>Une orientation spécifique</i>	44
4.	<i>Une réassurance et un soutien</i>	45
5.	<i>Un suivi</i>	45
6.	<i>Une ouverture d'esprit</i>	45
7.	<i>Proposer une cure</i>	46
8.	<i>Les médecins généralistes dans l'ensemble ont -il répondu aux attentes de leur patients ?</i>	46
F.	SUGGESTIONS DES PATIENTS POUR UNE AMELIORATION DU REPERAGE.....	47
1.	<i>Mise en place d'un questionnaire</i>	47
2.	<i>Une campagne d'information</i>	48
3.	<i>Prises de sang</i>	48
4.	<i>Être informé</i>	48
5.	<i>Interroger sur le sommeil et le côté dépressif</i>	49
6.	<i>Souffler dans un éthylotest</i>	49
7.	<i>Apparence du médecin traitant</i>	49
8.	<i>Recevoir le conjoint en consultation</i>	50
G.	LA RELATION MEDECIN PATIENT CONSOMMATEUR	50
1.	<i>Les motifs de consultation</i>	50
2.	<i>Les ressentis</i>	51
H.	LES REPRESENTATIONS DE L'ALCOOL	53
1.	<i>Les effets recherchés</i>	53
2.	<i>La perception des risques</i>	55
VIII.	DISCUSSION	59
A.	LES LIMITES DE L'ETUDE	59
1.	<i>L'échantillon</i>	59
2.	<i>Le souhait de partager</i>	59
3.	<i>Les hommes et les femmes</i>	60
4.	<i>La méthode</i>	60
5.	<i>Les non-dits</i>	60
B.	LA FORCE DE L'ETUDE	61
C.	LA RELATION MEDECIN- PATIENT AUTOUR DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL	61
1.	<i>Repérage de la consommation</i>	61
2.	<i>Motivations et freins</i>	65
3.	<i>Les attentes en termes de prise en charge</i>	68
4.	<i>Les suggestions</i>	72
5.	<i>Les raisons de consommer et les effets subis</i>	75
6.	<i>La relation médecin patient de façon globale</i>	77
IX.	CONCLUSION	79
X.	BIBLIOGRAPHIE	81
XI.	ANNEXES	88

Liste des abréviations

AFSSAPS	Agence Française de Sécurité du médicament et des Produits de Santé
AICR	American Institute for Cancer Research
ALAT	Alanine Aminotransférase,
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ASAT	Aspartate Aminotransférase
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
AVC	Accident Vasculaires Cérébral
CAGE	Cut down Annoyed Guilty Eye-opener
CDT	Carbohydrate Deficient Transferrin
CIRC	Centre International de Recherche sur le Cancer
COVID-19	Coronavirus 19
CSAPA	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DETA	Diminuer, Entourage, Trop, Alcool
DREES	Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et Des Statistiques
DSM-III-R	Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux
EFA	Effets fœtaux alcooliques
FACE	Fast Alcohol Consumption Evaluation
CAST	Cannabis Abuse Screening Test
Fast	Fast Alcohol Screening Test
GABA-B	Acide gamma-aminobutyrique B
GGT	Gamma-glutamyl-transpeptidase
HAS	Haute Autorité de Santé
HBSC	Health Behaviour in School Aged Children
HTA	Hypertension artérielle
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
MACSF	Mutuelle d'Assurance du Corps de Santé Français
OFDT	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAT	Paddington Alcohol Test
RCIU	Retard de Croissance Intra-Utérin
SAF	Syndrome d'alcoolisation fœtale
SFM	Société française d'alcoologie
TCC	Thérapies Comportementales Cognitives
TSAF	Trouble du spectre d'alcoolisation fœtale
VGM	Volume globulaire moyen
WCRF	World Cancer Research Fund

I. Introduction

D'après l'organisation mondiale de la santé (OMS), 91 millions de personnes souffriraient de désordres liés à l'abus d'alcool dans le monde (1).

En France, le trouble de l'usage à l'alcool est un fléau social qui représente le deuxième facteur de mortalité après le tabac (2).

Il s'agit de la substance psychoactive la plus consommée et du troisième facteur de risque de décès prématuré après le tabagisme et l'hypertension artérielle devant l'hypercholestérolémie et le surpoids (3).

Conscients de l'enjeu majeur de santé publique, les pouvoirs publics s'attellent à la réduction des risques et des dommages associés à ces conduites addictives. Ils basent leur politique sur deux objectifs : la prévention et la prise en charge (4).

Le médecin généraliste, témoin privilégié des conséquences engendrées par ce mésusage à un rôle essentiel à jouer.

La société française d'Alcoologie considère qu'il est le premier acteur de santé dans la prise en charge du trouble d'usage à l'alcool et que le repérage reste une de ses principales missions (5).

Cependant « l'alcool » reste un sujet tabou dans les consultations de médecine générale et sa détection demeure complexe.

Une réponse médicamenteuse seule n'est pas suffisante pour combattre cette addiction, il est primordial que le médecin et son patient fassent partie intégrante d'une relation de soin de qualité.

L'empathie, l'écoute, la compréhension, et le respect des croyances sans porter de jugement sont des notions essentielles à une bonne relation médecin-patient.

Néanmoins, une relation de confiance entre un patient et son médecin n'est pas toujours facile à acquérir et reste friable lorsqu'il s'agit de trouble d'usage à l'alcool.

Afin de comprendre quelles seraient les attentes de ces patients envers le médecin généraliste nous nous sommes intéressés à leur vécu et opinions sur leur prise en charge. Comprendre leurs motivations et leurs freins à aborder le thème de l'addiction à l'alcool permettrait de faciliter le repérage et d'améliorer la prise en charge de ces patients.

L'objectif de cette étude est donc d'explorer le vécu et les opinions de patients présentant un trouble de l'usage à l'alcool, et de comprendre leur ressenti face à leur prise en charge par leur médecin généraliste.

Les objectifs secondaires sont d'identifier les freins empêchant le malade de se livrer dans le domaine de l'addiction, et repérer les attentes et besoins des patients alcoolo-dépendants envers les médecins généralistes.

II. Généralités sur l'alcool

A. Épidémiologie en France

Malgré une diminution régulière du volume consommé depuis 50 ans, la consommation d'alcool par habitant en France reste élevée (11,7 l par habitant de plus de 15 ans) (6).

Son impact sur le plan sanitaire et social est considérable : « L'alcool est à l'origine de 41 000 décès par an (données 2017), dont 30 000 chez les hommes et 11 000 chez les femmes ce qui en fait le deuxième facteur de mortalité précoce évitable en France après le tabac. Parmi ces décès, 16 000 le sont par cancers et presque 10 000 décès par maladies cardiovasculaires. L'alcool est aussi présent dans 30 % des condamnations pour violences, 40 % des violences familiales et est en cause dans près d'un accident mortel sur 3 » (2).

En Europe, elle est responsable de plus de 7 % des maladies et décès prématurés. Au niveau mondial l'alcool est considéré comme le 3ème facteur de morbidité après l'hypertension artérielle et le tabac (3).

B. Définition de l'alcool

Le mot alcool est un terme générique pour désigner toutes les boissons contenant de l'éthanol (vin bières etc.). Cette substance est obtenue par la fermentation de fruits (raisins pour le vin, cerises ou poires pour les eaux de vie), de grains (houblon servant à produire la bière) ou encore de tubercules (pommes de terre utilisées dans la production de la vodka).

Il s'agit d'un nutriment (à l'instar des vitamines, protéines, glucides...) mais non indispensable à la vie. En effet, l'organisme est capable de le métaboliser. En revanche, il ne subit pas de modification par les processus de digestion auxquels sont soumis les aliments en général.

Son absorption dans l'organisme se fait essentiellement par voie digestive et pulmonaire. Il existe une faible absorption par voie cutanée.

Il présente une distribution rapide dans les organes richement vascularisés (cerveau, foie, poumon) et est capable de franchir la barrière placentaire.

La vitesse d'absorption dépend de plusieurs facteurs (concentration, individus, consommation associée de nourriture...).

L'élimination se fait essentiellement par le foie. Les autres voies d'élimination possibles sont : la peau, les reins, la salive, les poumons.

Les conséquences de sa consommation sur la santé varient selon l'importance et les modalités d'usage (excessif ou non, aigu ou chronique). Ils dépendent également de nombreux facteurs environnementaux et individuels.

C. Contexte culturel

Les Arabes inventent le mot AL KHOL, qui apparaît dans la langue romane de la péninsule ibérique en 1278. Celui-ci sera introduit dans la langue française au XVI^{ème} siècle : ALCOOL (traduction de « ce qui est très subtil ») (7).

La France est reconnue au niveau international comme « le pays du vin ». Elle est réputée pour son savoir-faire, et sa production d'alcool est l'une des plus importante au monde. Chaque région française s'honore de son alcool typique : les vins bordelais, le cidre en Bretagne, le rhum aux Antilles, le champagne en Champagne, le pastis en Provence, le calvados en Normandie, le Kirsch de Fougerolles en Franche-Comté etc...

Boire de l'alcool en France est associé au geste de trinquer. Cette coutume provient de l'antiquité et est en général liée à un vœu positif tel que le célèbre « santé ». Ainsi l'alcool fait partie de tous les grands événements de la vie (6).

L'apéritif ou « apéro » est ancré dans les habitudes de vie et ce sont plus volontiers les non-buveurs qui se retrouvent stigmatisés. Aussi, son omniprésence dans la société (films, publicités, livres) accentue sa banalisation et son acceptation sociale.

En France, la consommation d'alcool est une marque de savoir-vivre permettant une certaine intégration sociale. Néanmoins, il s'agit d'une substance psychoactive qui peut en situation de mésusage entraîner une addiction. Celle-ci est connue pour être néfaste sur la santé et engendrer des pathologies à long terme.

Magnus Huss réunit sous ce terme, en 1849 « les manifestations pathologiques de l'intoxication alcoolique » après avoir découvert que des lésions viscérales (affections hépatiques, cardiaques ou neurologiques) et des troubles du comportement de la population hospitalière de Stockholm étaient liés à une surconsommation d'alcool (8).

Bien que l'alcool soit un produit de consommation appartenant à la culture française, les personnes alcoolo-dépendances se retrouvent souvent exclues de la société.

Face aux risques sociaux mais aussi aux conséquences pour la santé, les pouvoirs publics s'attèlent depuis plusieurs années à la réduction de la consommation d'alcool en France.

Mais le gouvernement se heurte à plusieurs difficultés, notamment les lobbies de l'alcool qui entravent les campagnes de prévention. Le gouvernement a été ainsi contraint sous la pression de ces derniers de ne pas soutenir le mouvement « janvier sans alcool » alors même qu'il supporte le mouvement « un mois sans tabac » tous les mois de novembre.

III. Modes de consommation d'alcool

A. Réglementation

Dans la plus grande majorité des pays européens et en France, un verre standard correspond en moyenne à 10 g d'alcool pur (9).

Figure 1: Contenu d'un verre standard en alcool pur (10)



En France, les seuils de consommation à risque sont décrits selon l'unité de « verre standard consommé » rapportée à une échelle de temps exprimée soit en jour, soit en semaine (selon les organismes émetteurs de l'information) :

- Pour une femme : > 2 verres standard / jour, soit > 14 verres standard / semaine ;
- Pour un homme : > 3 verres standard / jour, soit > 21 verres standard / semaine ;
- Et > 4 verres standards par occasion (soirée, fête, repas).
- Et au moins un jour par semaine sans alcool.

Une consommation supérieure à 20g d'alcool par jour pour les femmes, et 30 g par jour pour les hommes est considérée à risque pour la santé (11).

La quantité d'éthanol contenue dans une boisson alcoolisée doit obligatoirement figurer sur l'étiquette de la bouteille, en degrés (°) ou en pourcentage (%) pour 100 ml. Plus le degré est élevé, plus la boisson est concentrée en alcool pur. Ainsi, pour une boisson à 12 ° ou 12 %, 100 ml contiennent 12 ml d'alcool pur.

B. Modes de consommation d'alcool

La société française d'alcoologie (SFA) précise différents modes de consommation en s'inspirant des définitions déjà établies au préalable par l'OMS et le DSM.

Elle précise les modes de consommations suivants : le non-usage, l'usage, le mésusage.

1. Le non-usage

Ce mode peut se rapprocher au terme de « non-consommateur ».

Cette définition se traduit par une absence de consommation qui peut donc être associée à un individu ne buvant pas ou ne buvant plus.

Ce terme est à différencier de la notion d'abstinence, ici il s'agira d'un non-usage secondaire à un mésusage.

2. L'usage

Il s'agit ici de toute consommation d'alcool faible, inférieure ou égale au seuil de l'OMS. Cette conduite d'alcoolisation exclu le consommateur de toute situation à risque.

Ce terme peut être associé à la définition de consommateur modéré.

3. Le mésusage

Il s'agit de tous les types d'usage à risques ou ayant déjà induit des risques, y compris l'alcoolodépendance. On distingue :

a) L'usage à risque

Cet usage définit une consommation inférieure ou supérieure aux seuils définis par l'OMS mais pouvant engendrer une situation à risque et en conséquence des dommages.

Il n'y a pas à ce stade de dépendance à l'alcool.

Cette définition peut être attribuée à un consommateur à risque.

b) L'usage nocif

Il s'agit de tout mode de consommation comprenant au moins un dommage que ce soit au niveau médical, psychique, ou social engendré par l'alcool.

Il n'y a toujours pas de dépendance à l'alcool.

Le consommateur est alors à problèmes (12).

L'usage nocif d'alcool est responsable de 3,3 millions de décès sur le plan mondial (soit 5,9% des décès au monde) (13).

c) L'usage avec dépendance

La dépendance se caractérise par l'impossibilité de s'abstenir de consommer (perte de contrôle de l'usage). Le consommateur est dit alcoolodépendant.

C. Définition de l'addiction

Une addiction à une substance est définie comme une dépendance à celle-ci. Elle est caractérisée par un désir récurrent de poursuivre la consommation de ce produit, malgré les conséquences nocives qu'elle peut engendrer (14). Il s'agit d'une pathologie neuropsychiatrique.

D'après le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-III-R), ouvrage de référence publiée par l'association américaine de psychiatrie : l'addiction désigne un processus par lequel un comportement qui peut fonctionner sur deux plans : produire du plaisir et s'échapper de son mal être interne est employé dans un schéma caractérisé par l'échec récurrent à contrôler son comportement (manque de pouvoir) et continuer avec ce même comportement malgré les conséquences négatives (intégrant) (15).

IV. Conséquences d'une consommation d'alcool chronique

A. Conséquences psycho-sociales

« Les conséquences sociales de l'alcool sont des modifications, subjectivement ou objectivement attribuées ou attribuables à l'alcool, du comportement social individuel, des relations sociales ou de l'environnement social »(16).

La dépendance à l'alcool entraîne plusieurs dommages collatéraux principalement un isolement et une rupture sociale.

Cette rupture sociale et professionnelle peut s'expliquer par plusieurs phénomènes.

Il existe tout d'abord un risque d'éclatement de la famille en raison des divorces provoqués par des violences conjugales sous l'emprise de l'alcool.

Les enfants sont ceux qui sont le plus touchés car ils ne peuvent se protéger des conséquences directes ou indirectes de l'alcool de leurs parents. Il a d'ailleurs été démontré dans certaines études que la consommation d'alcool peut avoir des répercussions sur l'instruction notamment de mauvais résultats scolaires ou de l'absentéisme scolaire chez les enfants (16).

Les conséquences professionnelles sont aussi majeures, les consommateurs dépendants ont un plus grand risque de perdre leur emploi pour cause d'absentéisme. Il s'agit ici d'un cercle vicieux, car le chômage peut entraîner l'augmentation de la consommation d'alcool.

Enfin l'alcool agit également sur les fonctions métaboliques de l'organisme, il peut avoir une forte influence sur le plan psychomoteur notamment au niveau de la conduite.

Selon l'Observatoire national interministériel de sécurité routière (ONISR), le nombre d'accidents mortels impliquant au moins un conducteur à alcoolémie positive a diminué sur la dernière décennie : on en dénombre 778 en 2017 contre 1 349 en 2001 mais la part de l'alcool dans la mortalité routière reste stable à environ 30 % des accidents mortels (17).

Entre l'entourage personnel et professionnel qui se lasse des déboires du buveur, la santé qui se dégrade et les infractions routières ou délit, le buveur excessif est condamné à une rupture et un isolement parfois irréversible (18).

B. Conséquences somatiques

En 2015, on estime qu'en France 41 000 décès étaient liés à l'alcool. Parmi ceux-là :

- 16 000 décès par cancer,
- 9900 décès par maladies cardio-vasculaires,
- 6800 décès par maladies digestives (cirrhoses, autres maladies du foie et du pancréas, etc.),
- 5400 décès par des causes externes (accidents de la route, suicides, etc.),
- 3 000 décès par troubles mentaux ou du comportement. (17).

Une consommation régulière et excessive d'alcool est néfaste pour la santé et peut engendrer plusieurs pathologies à long terme.

L'alcool est la cause directe de maladies du pancréas et du foie. Les principales étant les cirrhoses du foie et les hépatites autant pour les personnes alcoolo-dépendantes que pour celles qui ont une consommation régulière et excessive.

La consommation d'alcool excessive engendre par ailleurs des cancers. Ces cancers peuvent concerner toutes les zones du corps dans lesquelles il circule : dans la bouche et la gorge (larynx, pharynx), dans l'œsophage, dans le foie, le côlon et le rectum. Les femmes qui boivent de l'alcool sont aussi exposées à un risque de cancer du sein (19) comme l'indique un rapport d'experts émis par le World Cancer Research Fund (WCRF) et l'American Institute for Cancer Research (AICR) (20).

L'alcool est un cancérigène avéré (groupe 1) classé comme tel depuis 1988 par le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) (10).

Le sein représente la localisation la plus fréquente des cancers attribuables à l'alcool avec 8081 nouveaux cas attribuables à l'alcool en 2015 (21).

Le risque de contracter des maladies cardiovasculaires est également accru chez un consommateur chronique. Consommer régulièrement élève la pression artérielle et augmente le risque d'hypertension. Elle augmente le risque également d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) et d'infarctus du myocarde.

Une consommation aiguë d'alcool, peut par ailleurs entraîner des troubles du rythme cardiaque et augmente le risque de mort subite.

Un usage toxique d'alcool peut aussi amener à d'importants troubles psychiques comme la dépression ou l'anxiété et certaines maladies irréversibles du système nerveux notamment le syndrome de Korsakoff. Ce syndrome est une complication encore plus grave que l'intoxication

alcoolique chronique : cette maladie du cerveau se caractérise par une altération massive et irréversible de la mémoire, une tendance à la fabulation pour compenser les pertes de mémoire et des troubles de l'humeur (10).

C. Addiction et comorbidités psychiatriques

Les personnes souffrant des troubles liés à l'utilisation d'alcool présentent fréquemment des troubles mentaux. Les patients présentant une comorbidité entre trouble addictologique et trouble mental sont souvent à risque de ne pas être diagnostiqués pour l'une des deux conditions.

L'Organisation mondiale de la santé définit la problématique des comorbidités psychiatriques dans le champ addictologique (parfois appelée double diagnostic) comme la co-occurrence chez la même personne d'un trouble dû à la consommation d'une substance psycho-active et d'un autre trouble psychiatrique (22).

Concernant le cas de l'alcool, une étude a mis en évidence que 50 à 70% des personnes souffrant de dépendance à l'alcool souffriraient en même temps de troubles psychiatriques majeurs (22).

Les comorbidités les plus fréquentes sont :

Les troubles de l'humeur

- Dépressions et troubles bipolaires

Les troubles anxieux

- Troubles anxieux et troubles d'anxiété générale

Les troubles psychotiques

- Schizophrénie en particulier

Les troubles de la personnalité (personnalité antisociale, limite ou histrionique) (23).

Pour conclure, il est primordial de ne pas confondre les facteurs liés aux effets psychotropes de l'alcool tant en phase de consommation aiguë (impulsivité, excitation, dépression) que de sevrage (anxiété, symptômes psychotiques en cas de delirium tremens), ainsi que les troubles cognitifs relatifs à l'exposition chronique du cerveau à l'alcool.

Face à un patient présentant un problème d'alcool, il est donc idéal de chercher systématiquement la présence d'une comorbidité psychiatrique (et à l'inverse chez un patient présentant un trouble mental de chercher une comorbidité addictologique) afin d'orienter le patient de la façon la plus adaptée et de proposer un traitement tenant compte de tous les problèmes de la façon la plus intégrée et coordonnée possible.

L'alcool et le système immunitaire

Une étude a montré que l'exposition à l'alcool et particulièrement l'alcoolisme chronique a de sérieux effets sur tous les aspects de la réponse immunitaire du corps incluant l'immunité innée et adaptative. Ces effets peuvent fragiliser les défenses immunitaires contre une grande variété de pathogènes incluant virus et bactéries et aussi contre l'autodestruction cellulaire qui peut affecter les tissus et organes du corps. Les effets de l'alcool sur la réponse immunitaire innée semblent provoquer des réactions inflammatoires ce qui contribuerait à la destruction des tissus dans plusieurs organes.

Les déficiences de la réponse immunitaire innée causées par l'alcool rendent l'organisme plus vulnérable aux virus et bactéries ce qui contribue à la progression de maladies sévères et même les accélèrent. De plus le dérèglement de la réponse immunitaire normale peut contribuer à des maladies hépatiques alcooliques et pancréatites, des inflammations gastro intestinales, une altération de la perméabilité intestinale, une neuro inflammation du cerveau et le développement de cancers (24).

Une étude menée en 2015 chez 15 participants s'étant prêté à une séance de binge-drinking, a démontré que 20 mn après l'ingestion d'alcool, l'alcoolémie moyenne étant égale à 1,3 g/l, le nombre de monocytes et de lymphocytes circulant ainsi que le taux de certaines cytokines augmentait. Mais 2h après l'ingestion d'alcool, c'était l'inverse qui était observé (25).

« En ce qui concerne les infections virales, des travaux déjà anciens ont montré que l'alcool aggravait les infections par le virus des hépatites B et C et que la réponse à la vaccination était altérée » (25).

D. Spécificités relatives à la population

Toutes les catégories de populations sont touchées par le risque d'addiction lié à l'alcool (femmes enceintes, jeunes, personnes âgés, patients avec des comorbidités...).

Ci-dessous sont décrits la consommation d'alcool dans certaines de ces catégories de la population.

1. Alcool et grossesse

L'enquête Baromètre santé de 2017 (26) montre l'existence d'une consommation d'alcool en France chez les femmes enceintes même si celle-ci est minoritaire. Elle concernerait environ une femme enceinte sur dix.

La consommation d'alcool pendant la grossesse peut entraîner des conséquences néfastes sur la santé à la fois de la mère et celle de l'enfant à naître : risque augmenté de faible poids de naissance, prématurité, avortement spontané (fausse-couche), hématome rétro-placentaire, carences en micronutriments. Un syndrome de sevrage avec delirium tremens et des

convulsions peuvent survenir chez la mère. Le risque de décollement placentaire à la suite d'une hémorragie fœto-maternelle post-traumatique est possible (traumatisme lié à l'état d'ébriété de la mère : chute, accident de la voie publique...).

Lors de sa consommation, l'alcool passe facilement la barrière placentaire pour se retrouver dans le liquide amniotique et le sang fœtal (27). Certains dommages sont décrits sous les termes de syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF), effets fœtaux alcooliques (EFA) ou encore trouble du spectre d'alcoolisation fœtale (TSAF) (28). Ils peuvent être responsables chez l'enfant de troubles physiques et cognitifs.

Le SAF constitue la première cause de handicap mental non génétique et d'inadaptation sociale de l'enfant (26). Il apparaît pour des consommations d'alcool très élevées. Il est caractérisé par un retard de croissance intra-utérin (RCIU) ; des malformations : crânio-faciales, cardiaques, cérébrales ; et des handicaps comportementaux et cognitifs.

Une étude réalisée à l'hôpital de SENDWE au Congo montre que le corps médical devrait accorder une réelle attention à la prise en charge de la femme enceinte. Il doit y avoir un maximum d'informations par le corps médical formé à cet effet auprès de la femme enceinte. Il faut profiter des consultations prénatales pour sensibiliser la femme en période de grossesse en particulier chez les femmes qui attendent leur premier enfant et chez les jeunes femmes entre 21 et 30 ans (28).

En France, Santé Publique France mène depuis 2016 (29) une campagne de sensibilisation pour les femmes et leur entourage sur les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse. Le message utilisé est : « zéro alcool pendant la grossesse ».

Il existe également deux dispositifs pour accompagner les femmes enceintes et répondre à leurs besoins : *Agirpourbebe.fr* et *Alcool-info-service.fr*.

Par ailleurs, le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé met à disposition des professionnels de santé, un guide destiné à prévenir les troubles causés par l'alcoolisation fœtale en intervenant auprès des femmes enceintes (30).

2. Alcool et travail

En milieu de travail, la consommation d'une catégorie d'alcools prédéfinie (vin, bière, cidre, poiré) est possible avec accord préalable de l'employeur, et dans certaines occasions (restaurant lié au travail, pot de départ ou des fêtes de fin d'année). Aucun autre alcool ne peut être autorisé.

D'après l'enquête Baromètre santé de 2010 de l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), 16,4 % de la population active déclare consommer de l'alcool sur le lieu de travail, en dehors des repas et des pots, au moins une fois dans l'année. La consommation d'alcool au moins une fois par semaine concernerait 3,5% des travailleurs. Tous les secteurs d'activités sont concernés.

Trois causes aux pratiques addictives dans le milieu professionnel ont été définies (31) :

- L'importation (la consommation de la vie privée débordant sur le travail) ;
- L'acquisition (la consommation des pots et des repas d'affaires d'entreprise) ;

- L'adaptation (stratégie pour te tenir au travail).

Le baromètre de santé de 2010 montre que 9,3% des consommateurs d'alcool disent avoir augmenté leur consommation du fait des problèmes liés à leur travail ou à leur situation professionnelle au cours des 12 derniers mois (32).

Cet usage excessif d'alcool peut entraîner des arrêts de travail en lien avec un risque élevé d'accidents. L'une des principales conséquences pour le patient étant la rupture avec le travail.

Afin de favoriser le maintien dans l'emploi, différents professionnels de santé rentrent en jeu : médecins généralistes, médecin du travail ainsi que son équipe pluridisciplinaire composée entre autres de psychologues du travail, d'infirmières, d'assistantes sociales...

Une relation triangulaire entre patient, médecin généraliste et médecin du travail est essentielle pour permettre une prise en charge adaptée du « patient-travailleur ».

Il est important de rappeler que les échanges entre le médecin généraliste et le médecin du travail se font avec l'accord du patient, dans le respect du secret médical qui sera partagé mais non aboli.

Le repérage précoce associé à une intervention brève permet de réduire la consommation d'alcool.

Le médecin du travail peut inciter le patient à consulter son médecin généraliste pour sa consommation d'alcool. Il peut également appuyer l'action du médecin généraliste en sensibilisant le travailleur au respect de son traitement.

Le médecin du travail est le conseiller à la fois du travailleur et de l'employeur.

Il peut proposer des actions de prévention à l'employeur permettant une limitation du risque d'accidents comme : la limitation ou l'interdiction de toute consommation d'alcool sur le lieu de travail. La décision finale revient toujours à l'employeur (33).

Par ailleurs, des campagnes de prévention organisées dans le monde de l'entreprise permettent l'approche de la problématique de la consommation d'alcool.

3. Alcool et jeunes (enfants, adolescents, jeunes adultes)

La littérature décrit des taux d'intoxications aiguës à l'alcool chez les jeunes fréquents et sévères (34).

Les professionnels ressentent un sentiment d'impuissance face à ce qu'ils perçoivent comme un phénomène de société qui les dépasse. Ils ressentent de réelles complications à aborder le sujet avec leurs publics, qu'il s'agisse de jeunes ou de parents (35).

Les motifs de consommation d'alcool peuvent être répartis en quatre catégories distinctes (Cooper, 1994) : « les motifs sociaux, les motifs de renforcement (d'effets ou de sensations attendues), les motifs de coping (c'est-à-dire la manière de faire face à des sentiments et des émotions négatives) et les motifs de conformité (par rapport aux pairs) ».

Une enquête HBSC (Health behaviour in school-aged children) réalisée en 2010 en Suisse a démontré que les jeunes ne rencontrent pas de problèmes pour se procurer de l'alcool. « Au total, 28% des 15 ans qui ont déjà bu de l'alcool en ont au moins une fois acheté eux-mêmes dans un bar, un restaurant ou un magasin/kiosque » (36).

En 2014, l'enquête HBSC montre que près de la moitié (49,4 %) des élèves en classe de sixième ont déjà goûté à une boisson alcoolisée et huit élèves sur dix (79,9 %) en classe de troisième (37).

A 17 ans, l'expérimentation de l'alcool est quasi constante : 92,6 % des jeunes ont déjà consommé de l'alcool. Il s'agit beaucoup plus souvent de garçons : 13,6 % contre 4,0 % des filles selon l'OFDT, Escapad.

Il existe une tendance actuelle de boissons non alcoolisées tels que les bières sans alcool. Pour prévenir le risque d'addiction il est fortement déconseillé aux adultes de fournir ces boissons aux mineurs, s'habituer au goût dès le jeune âge facilite la consommation de "vraies" bières ou autres boissons alcoolisées dans la vie adulte (38).

L'adolescence étant une période neuro développementale cruciale, il a été constaté qu'elle pouvait être perturbée par une augmentation de la consommation d'alcool. En effet la consommation d'alcool chez les adolescents est liée à des changements dans la structure des fonctions cérébrales entraînant une fonction cognitive plus faible (39).

V. Alcool et médecine générale

A. Dépistage d'un trouble de l'usage à l'alcool

1. Caractéristiques cliniques

a) *Anamnèse*

On recherchera les symptômes qui peuvent alarmer :

- Signes physiques : HTA, troubles digestifs, lombalgies, troubles de la mémoire et de la concentration, anxiété, dépression, chutes.
- Évènements sociaux : absentéisme professionnel, problèmes professionnels, légaux et familiaux, accidents (30).

b) *L'examen clinique*

Il peut varier avec entre autres les signes suivants :

- une érythrose faciale et palmaire,
- une hypertrophie des parotides,
- un tremblement fin des extrémités des membres supérieurs,

- un foetor alcoolique,
- une logorrhée,
- troubles cognitifs,
- une HTA,
- des troubles de l'équilibre,
- une mauvaise dentition,
- une hépatomégalie,
- angiome stellaire,
- hippocratisme digital
- une circulation collatérale,
- une polyneuropathie des membres inférieurs,
- une maladie de Dupuytren (40).

2. Examens complémentaires

a) *Marqueurs biologiques*

Les marqueurs biologiques informent de manière objective sur la consommation d'alcool ainsi que son évolution (diminution de la consommation...). Ils sont primordiaux dans le dépistage d'une consommation à risques.

Les marqueurs utilisés sont décrits ci-dessous.

(1) Dosage de l'éthanol

La détection d'alcool dans le sang, l'urine, ou l'haleine ne donne pas d'information sur la sévérité de la consommation d'alcool. En revanche, elle permet sa détection au-dessus d'un certain seuil.

Compte tenu de sa demi-vie assez courte et du fait que consommer de l'alcool ne veut pas nécessairement dire abus d'alcool, sa valeur reste assez limitée.

(2) Gamma-glutamyl-transpeptidase (GGT)

Un taux de GGT élevé dans le sang peut être associé à un mésusage de l'alcool. Cette élévation ne s'observe pas directement après une prise d'alcool aiguë, mais à la suite d'une consommation chronique d'alcool (entre 80 et 200 grammes par jour pendant une à plusieurs semaines).

Une élévation des GGT peut également se rencontrer dans d'autres pathologies : maladie du foie d'origine non alcoolique, diabète, obésité, pancréatite, hyperlipidémie, insuffisance cardiaque, traumatismes sévères, et chez les patients utilisant des barbituriques antiépileptiques et anticoagulants (41).

Les GGT sont donc des marqueurs non spécifiques d'une consommation chronique d'alcool.

(3) Volume globulaire moyen (VGM)

L'augmentation du VGM a été observé dans 34 à 89% des consommateurs d'alcool.

On retrouve une augmentation du VGM également dans les carences en acide folique et vitamine B12, les maladies du foie, l'hypothyroïdisme, dans certaines maladies du sang et chez les fumeurs. L'augmentation du VGM dû à la consommation de l'alcool est retrouvée dans 89% des hommes et 56 % des femmes. Le VGM peut rester élevé même après 3 mois d'abstinence (41).

(4) Transaminases (ALAT, ASAT)

Les transaminases sont utilisées pour évaluer les conséquences liées au mésusage de l'alcool. Elles permettent d'indiquer des dommages présents au niveau du foie.

La sensibilité d'ASAT est estimée à 35% et est moins importante.

Les transaminases sont aussi retrouvées dans des maladies du foie d'origine non alcoolique (ASAT, ALAT) dans des pathologies musculaires (ASAT) et l'infarctus du myocarde (ASAT) (41).

(5) Transferrine carboxy déficiente (CDT)

Le CDT montre une forte spécificité et une bonne sensibilité. Les valeurs de CDT augmentent après 10 jours de consommation d'alcool à un taux de 50 à 80 g par jour.

La CDT est plus efficace pour le repérage des buveurs excessifs chroniques que pour le repérage des buveurs dont la consommation est à risque ou simplement élevée (42).

b) Les questionnaires

De nombreux outils permettent d'évaluer une éventuelle consommation d'alcool dangereuse pour le patient. Ils peuvent être utilisés par les médecins généralistes afin de dépister des consommations à risques.

On distingue :

- Le test Audit ;
- Le test Fast ;
- Le questionnaire Cage /Deta ;
- Le questionnaire Tweak ;
- Le questionnaire Raps ;
- Le questionnaire en cinq items
- Le PAT.

Les tests Audit C, Fast et le Cage /Deta sont les plus couramment utilisés.

(1) Le test Audit (Annexe 1)

Le Test Audit (Alcohol Use Disorders Identification Test).

Le questionnaire Audit a été mis au point par l'OMS pour dépister les consommations d'alcool à risque, nocives ou massives.

Il comporte dix questions couvrant les trois modalités d'usage de l'alcool : la consommation d'alcool dangereuse, la consommation d'alcool nocive et l'alcoolodépendance. Les résultats du questionnaire Audit sont faciles à calculer.

Pour chaque question, plusieurs réponses sont proposées et à chaque réponse correspond une notation de 0 à 4. Le total est la somme de toutes les notes des différentes réponses (43).

L'AUDIT-C est une version abrégée de l'AUDIT dont il reprend les 3 premières questions. Un score ≥ 3 chez la femme et ≥ 4 chez l'homme doit faire évoquer un mésusage de l'alcool et conduire à la réalisation du test AUDIT. Un score ≥ 10 doit faire évoquer une dépendance à l'alcool (44).

(2) Le test Fast (Fast Alcohol Screening Test) (Annexe 2)

Originaire d'Angleterre, le test Fast comprend quatre questions, deux sur la consommation d'alcool et deux autres sur les dommages liés à l'alcool.

En considérant un seuil de 3 pour la consommation d'alcool à risque, le questionnaire Fast a démontré sa haute fiabilité comparativement au questionnaire Audit complet, sa sensibilité était de 93 % et sa spécificité de 88 %.

Ses performances ont été également satisfaisantes quel que soit le lieu où se déroule le test (médecine générale, centre de soins dentaires ou clinique orthopédique), et pour des groupes d'âge et de sexe différent.

(3) Le questionnaire Cage/Deta (Annexe 3)

Le questionnaire Cage/Deta a également été évalué en tant qu'outil de dépistage pour la consommation à risque ou nocive d'alcool en médecine générale. La valeur seuil de 2 réponses positives ou plus a été sélectionnée pour détecter les consommateurs à risque, définis comme consommant 64 g d'alcool par jour ou plus (King, 1986) (43).

B. Addiction et médecine générale

Les médecins généralistes ont le devoir de mettre en lumière et de prendre en charge les patients présentant une consommation d'alcool à risque ou nocive. Grâce au repérage précoce et aux interventions brèves, ils ont la capacité d'informer ces patients des risques liés à leur consommation.

De nombreux acteurs de santé comme Santé publique France, la Haute Autorité de Santé (HAS) considèrent également que ce rôle incombe au médecin généraliste. La SFA interpelle également sur cet aspect dans ses recommandations en 2015 : « *le repérage d'un mésusage d'alcool est efficace et pertinent en médecine générale* » (45).

Lors d'un entretien entre un médecin généraliste et son patient, le professionnel peut se renseigner sur le niveau et la fréquence de consommation d'alcool du patient. Les informations requises peuvent alors alerter, et des conseils sur sa santé peuvent être proposés (surtout si cette

consommation est susceptible d'entraîner des risques et d'avoir des effets néfastes sur son traitement de fond).

Il est moins difficile pour les personnes non alcoolo-dépendantes de réduire ou d'arrêter leur consommation grâce à une assistance et des efforts appropriés que pour les personnes déjà dépendantes. Ceci est d'une importance cruciale pour les programmes de dépistage et d'interventions brèves (43).

Cependant, les soignants présentent souvent des difficultés à dépister et conseiller les patients lorsqu'il s'agit de consommation d'alcool. On retrouve plusieurs causes :

- le manque de temps

- une formation inappropriée en addictologie et face aux comorbidités psychiatriques

- une inquiétude vis-à-vis de patients réticents

- la conviction que les personnes alcoolo-dépendantes ne sont pas réceptives aux prises en charge.

Les médecins généralistes affirment trouver la prise en charge des problèmes d'alcool complexe. Ils sont moins actifs dans la recherche d'informations sur la consommation d'alcool de leurs patients, considèrent la diminution de la consommation d'alcool comme moins importante pour la santé et se sentent moins préparés et moins efficaces pour conseiller à leurs patients de diminuer leur consommation d'alcool que dans d'autres secteurs de prévention, tels que la dépendance au tabac, la surveillance du poids et la promotion des activités physiques (43).

VI. Matériel et méthodes

Type d'étude :

Il s'agit d'une étude qualitative avec entretiens individuels semi dirigés réalisée entre juin et août 2021. Elle a été réalisée dans le centre d'addictologie « Le Calme » à Illiers Combray.

Population ciblée et critères d'inclusion des patients :

Sont inclus les patients adultes ayant une dépendance chronique à l'alcool et suivis en cure dans ce centre d'addictologie.

Leur sélection s'est faite à la suite d'un échantillonnage raisonné (orienté ou ciblé) consistant à sélectionner des patients considérés comme typique de la population cible (dépendante à l'alcool).

Afin d'avoir un échantillon représentatif, ont été inclus des femmes et des hommes avec des âges divers et ayant des médecins traitants présentant des caractéristiques différentes (âge, sexe et mode d'exercice).

Mode de recueil des données :

Un guide d'entretien a été réalisé en se basant sur les objectifs de l'étude.

Le recueil des données a été réalisé lors d'entretiens individuels (les focus groups semblent compliqués et non adaptés pour mettre en lumière un sujet qui reste délicat, tabou et controversé dans notre société).

La volonté était de laisser la parole aux patients afin qu'ils puissent s'exprimer librement sans aucune retenue.

L'interrogatoire des patients en cure d'addictologie a eu lieu lors de leur fin de cure (4ème et 5ème semaine) au centre d'addictologie « LE CALME » dans un bureau réservé à cet effet sur planification d'horaires le lundi après-midi (pas d'activité des pensionnaires).

Les interrogatoires ont été réalisés jusqu'à saturation des données.

Pour chacun des participants le déroulement de l'entretien a été expliqué de manière similaire (annexe 4). Il leur a été proposé de choisir un autre prénom que le leur. Ils étaient également informés de l'enregistrement vocal de l'interrogatoire par téléphone. L'entretien n'était alors réalisé qu'après consentement du patient.

L'interrogateur et les patients ne se connaissaient pas, il a donc été primordial d'installer une relation de confiance. Une attitude empathique et bienveillante était adoptée par l'intervenant, ainsi qu'une écoute attentive et une démonstration dynamique dans l'intérêt de l'histoire du patient.

Même si certains patients « s'éparpillaient » un peu dans leurs réponses, ils étaient libres de s'exprimer. Ils étaient parfois redirigés subtilement vers le thème de l'entretien sans les

brusquer. Il a été utile de respecter le temps de silences et de soutenir certains regards avec des signes encourageants.

Il a été nécessaire également de reformuler les propos des patients pour être sûr de les comprendre et parfois les questions étaient reformulées différemment si le patient ne les comprenait pas.

Les entretiens ont été retranscrits « mot à mot » avec le logiciel Microsoft Word dans les jours suivant la séance, en inscrivant en italique des éléments réponses des patients ainsi que les propos non verbaux tels que les silences, ou les rires.

Les verbatim ainsi obtenus ont été analysés pour chaque entretien permettant d'y extraire les idées principales de chaque participant pour afin de mettre en place une approche transversale afin de dégager des thèmes et de mettre en lumière certains messages forts ou récurrents.

Dans la partie discussion de cette étude, les recherches bibliographiques ont été réalisées avec les mots clés suivants :

- Alcohol / trouble de l'usage à l'alcool / mésusage / alcohol disorder ;
- Addiction ;
- Relation / relation médecin patient ;
- Freins / attentes / motivations ;
- Médecine générale ;
- Rôle médecin généraliste.

Ces recherches ont été réalisées à partir de banques de données bibliographiques (Google Scholar et Pub MED ainsi que des rapports de l'OFDT).

Paramètres analysés :

Les paramètres analysés de cette étude regroupent :

- L'histoire du patient avec l'alcool ;
- La relation médecin patient par rapport à la consommation ;
- Les freins à l'évocation du sujet sur la dépendance à l'alcool au médecin généraliste ;
- Les motivations à se livrer sur l'addiction à l'alcool au médecin généraliste ;
- Les attentes des patients vis-à-vis de leur médecin généraliste sur le repérage et la prise en charge ;
- Les suggestions des participants sur le repérage par le médecin traitant ;
- La relation patient médecin en médecine générale ;
- Les données Data avec l'état civil.

VII. Résultats

A. Données relatives aux patients

Au total, 12 patients ont participé à l'étude. L'échantillon comptait 7 hommes et 5 femmes. Ces 12 patients ont été interrogés en 4ème ou 5ème semaine de cure sachant que celle-ci dure 5 semaines.

Tableau 1 : Profil des patients interviewés

<i>Patient</i>	<i>Age</i>	<i>Activité professionnelle</i>	<i>Début de dépendance</i>	<i>Médecin traitant</i>	<i>Statut familial</i>
Claude	64 ans	Boulangier	61 ans	Homme, 35 ans, rural	Célibataire, un fils décédé
Sébastien	35 ans	Accompagnant éducatif et social	25 ans	Homme, 50 ans, ville	Célibataire
Marc	50 ans	Agent service d'entretien	14 ans	Homme, 64 ans, ville	Célibataire
Fanny	39 ans	En invalidité	25 ans	Homme, 69 ans, rural	Instance de divorce, 2 enfants
Cécile	38 ans	Sans emploi	34 ans	Homme 60 ans, rural	Célibataire, 2 enfants
Patricia	53 ans	A la recherche d'emploi (dans le médico-social)	38 ans	Homme, 50 ans, ville	Mariée sans enfants
Sabrina	35 ans	Aide-soignant	15 ans	Homme, 40 ans, ville	En séparation
Joël	53 ans	Autoentrepreneur	33 ans	Homme, 69 ans, ville	Célibataire, un enfant
Samuel	35 ans	Responsable dans un service de pièces détachées	33 ans	Femme, 37 ans, rural	Célibataire, 2 enfants
Frantz	32 ans	Mécanicien	25 ans	Homme, 45 ans, rural	Célibataire
Paul	48 ans	Chef d'entreprise	45 ans	Homme, 55 ans, rural	Pacsé
Julie	54 ans	Maitre d'hôtel	50 ans	Homme, 65 ans, rural	Veuve mère de 3 enfants, en couple

B. Le repérage de la consommation d'alcool en pratique

1. Une révélation par le patient ?

Oui pour la majorité :

Marc : « *Non c'est moi, parce que à l'époque j'étais jeune et puis ça commençait à m'inquiéter quoi, c'est là que j'ai eu conscience que j'étais devenu alcoolique* »

Fanny : « *C'est moi, voilà je suis arrivé et j'ai déballé cash mon problème* »

Samuel : « *Moi, Alors ce médecin je l'ai eu un an avant de commencer à boire, mais j'ai commencé à lui en parler dès que j'ai vu que ça allait plus et que je rentrais dans l'addiction, j'ai tout de suite abordé le sujet avec elle* »

Claude : « *Moi et quand je lui ai dit, il m'a dit « ah ! » j'attendais que tu me le demandes, voilà il le savait mais il attendait que ça vienne de moi pour lui fait part de mon désir de me faire soigner quoi...* »

Paul : « *Alors moi* »

Frantz : « *Moi, parce que je trouvais pas ça normal, que parfois je...comment dire euh je me mette minable pour un rien* »

2. Approche par le médecin traitant

Certains médecins traitants ont fait **le premier pas** vers leur patient de manière **directe**.

Sabrina : « *Lui le médecin traitant (...) il a vu ma dégradation physique, donc il se posait des questions, il m'en a parlé et comme j'ai une entière confiance, j'ai commencé à me libérer...* »

Sébastien : « *Alors je vais dire que c'est lui indirectement, parce que comment dire, j'avais des arrêts à répétitions, et donc à un moment on est venu un petit peu au fait qu'il n'allait pas pouvoir me faire des arrêts tout le temps* »

3. Intervention d'une tierce personne ?

Pour certains l'intervention de **l'entourage familial** a été nécessaire.

Patricia : « *Moi, j'ai pas osé lui en parlé (...) j'ai pas osé y aller toute seule, j'ai dit à mon mari il faut que tu viennes avec moi parce que pour moi ça va être dur. »*

Cécile : « *Alors j'y suis allée, accompagnée de ma mère, c'est elle qui a pris l'initiative d'appeler le docteur X et puis on va dire que c'est plus elle qui a parlé de ce soucis-là, parce que j'étais pas capable moi de le faire vu que j'étais en larmes et c'est mon médecin qui me connaît depuis toute petite, j'étais pas à l'aise, pour moi il me connaît trop. »*

4. Autres intervenants médicaux

Certains ont eu plus de facilités à se livrer avec d'autres **intervenants**

Julie : « *J'ai fait une visite médicale à mon travail et je leur ai dit je ne sais pas si je dois me considérer comme une alcoolique ou si je suis en train de le devenir mais j'ai un problème et c'est de là qu'ils m'ont donné les coordonnées du CSAPA d'Arpagon. C'est moi qui ai ouvert mon cœur et qui ai fait la démarche d'en parler toute seule. »*

Joël : *J'étais suivie par le docteur X, gastro entérologue, j'ai fait deux pancréatites en 2010 et 2016, c'est lui qui m'a suivi et donc je lui ai dit parce que ça faisait partie de son service.*

Patricia : *J'ai vu un neuro psychiatre, là à elle je lui ai dit dans quel état j'étais, que je buvais, à elle je n'ai pas eu de problème parce que c'était pas mon médecin traitant, c'était quelqu'un que je voyais comme ça qui ne me connaissait pas.*

5. Approche pour besoin administratif

Beaucoup de patients ont dû en parler à leur médecin traitant par défaut pour besoin administratif

▪ Entrer en cure

Patricia : « *La 1ère fois que je lui ai parlé c'est quand il a fallu remplir le dossier du CALME »*

Joël : « *J'en ai parlé à mon médecin à la fin, c'était pour remplir mon dossier pour l'hôpital du CALME parce que je voulais me faire hospitaliser parce que je n'y arrivais pas tout seul. »*

- **Pour le travail :**

Paul : « *J'ai des responsabilités en tant que chef d'entreprise je nourris une soixantaine de familles je me sens comme capitaine de navire donc ça aussi ça a été l'élément déclencheur mon travail. »*

Sébastien : « *J'avais des arrêts à répétitions, et donc à un moment on est venus un petit peu au fait qu'il allait pas pouvoir me faire des arrêts tout le temps comme ça, et euh c'est là que je lui ai dit que je buvais, mais sinon lui il m'a pas dit clairement, il m'a dit : « Je vais pas pouvoir faire des arrêts comme ça tout le temps c'est pas ma façon de faire » mais si j'étais tombé sur un médecin à qui ça dérangeait pas de faire des arrêts je pense que je pourrais être encore en train de faire des arrêts »*

Marc : « *C'était surtout pour le travail parce que mon chef m'a fait beaucoup de réflexions là-dessus, par exemple le lundi matin j'arrivais j'étais pas en forme donc un vendredi il m'a convoqué pour me dire que les week-end c'était fait pour se reposer et d'arriver en bon état le lundi pour pouvoir assurer mon travail quoi »*

6. Le médecin traitant n'a pas perçu le signal

- Certains médecins n'ont pas vu le signal d'alarme :

Julie : « *Je lui en avais parlé une fois, je lui avais dit que je buvais un peu plus qu'avant il m'avait dit, il faut faire attention, faire plus d'activité sportive mais il l'a pas pris lui en alarme alors que je pense que dès qu'un patient dit ce genre de choses, il doit y avoir un énorme déclic chez un médecin généraliste surtout avec ce que j'avais vécu et lui il le savait en plus. Je ne lui en veux pas je lui en ai parlé mais voilà il n'a pas réagi, il ne l'a pas pris comme une alarme »*

Joël : « *Il sait très bien comment un alcoolique fonctionne, c'est à dire on commence à cacher les bouteilles, on essaie de pas trop mentir mais on arrondit les angles euh bon faut pas se voiler la face et puis il y a des fois le truc ou je me faisais griller, c'est que je répète plusieurs fois la même chose, on est irritable et puis on pense bien parler mais au son de la voix la personne en face se rend bien compte ».*

Patricia : « *Je lui disais, j'ai plus d'appétit je mange plus, il me disait il faut prendre du gouter de la brioche (...) Il a pas du tout vu à quel point j'étais décalée déphasée en détresse ça lui est passé au-dessus peut être que je le cachais trop bien aussi parce que j'ai une certaine façade, j'ai du langage, j'ai des stratégies, je ne suis pas bête quoi donc peut être que moi je l'ai trop bien caché et qu'il n'y est pour rien ce monsieur... »*

Marc : « *Non j'étais mal dans ma peau, très mal dans ma peau pour moi j'avais l'impression qu'il ne voulait pas comprendre...* »

Certains patients ont pu en parler avec leur médecin traitant et d'autres intervenants médicaux.

Sébastien : « *Euh psychologue c'est tout* »

Paul : « *Un psychothérapeute* »

Fanny : « *Alors euh ma psychologue au centre anti-douleur* »

7. Sujet abordé immédiatement ?

Non pour la majorité

Sébastien : « *La moitié on va dire, la moitié non même pas c'est plutôt sur la fin, plutôt sur la fin* »

Marc : « *Plus vers la fin parce que moi j'ai eu du mal quand même à reconnaître quand même, me dire à moi-même déjà que je suis alcoolique, c'est quelque chose qui n'a pas été facile* »

Fanny : « *Après un certain temps...* »

Cécile : « *Longtemps* »

Patricia : « *Environ 10 ans* »

Joël : « *J'en ai parlé à mon médecin à la fin, c'était pour remplir mon dossier pour l'hôpital du CALME* »

Julie : « *Après 2 ans* »

Certains l'ont abordé très vite :

Samuel : « *Alors ce médecin je l'ai eu un an avant de commencer à boire, mais j'ai commencé à lui en parler dès que j'ai vu que ça allait plus et que je rentrais dans l'addiction, j'ai tout de suite abordé le sujet avec elle. »*

Frantz : « *Dès le début...*

C. Les motivations pour aborder le thème de la consommation d'alcool

1. Relation de confiance

La relation de confiance a été **la motivation principale** dans l'abord du thème à l'alcool

Frantz : « *Oui il y a de la confiance, c'est une bonne relation sinon j'en aurai peut-être pas parlé »*

Julie : « *J'ai toujours été cash, il y a de la confiance une bonne relation »*

Joël : « *Euh transparence, oui aucun souci puisque que je le connais depuis 87 donc c'est presque un copain quoi, il y a aucun tabou. »*

Paul : « *J'ai beaucoup de respect pour mon médecin, c'est mon éducation, on a eu une facilité de discussion, j'ai pas eu cette appréhension de lâcher le morceau, je l'ai pas eu parce que il y a une proximité, il y a une réelle confiance »*

Samuel : « *Euh relation saine de confiance en totale transparence »*

2. Une relation bien établie

Une relation bien établie a pu également **faciliter** la parole

Sabrina : « *Ami ça fait fort mais une très grande confiance, très proche avec de la confiance, communication »*

Samuel : « *C'est vrai que je me demandais comment elle allait réagir euh mais l'ayant vu plusieurs fois dans un cadre médical classique, j'avais pas tant de craintes que ça finalement parce qu'on avait un bon contact. »*

Cécile : « *Bah moi je vous dis c'est mon médecin depuis que je suis toute petite donc je ne le vois pas très souvent parce que par chance je suis pas souvent malade je l'ai plus vu pour les enfants que pour moi, mais sinon très bon rapport. »*

3. Une demande d'aide

Pour certains il y avait **interrogation** et une recherche de réponses à certaines questions ainsi qu'un appel à l'aide.

Frantz : « *J'ai tout dit, dès qu'il me posait des questions je lui répondais, j'étais honnête quoi je ne racontais pas d'histoires, si je commence à lui mentir il va pas pouvoir m'aider c'est ce que je me suis dit.* »

Samuel : « *Je savais qu'elle n'allait pas me juger, je venais chercher de l'aide je savais qu'elle allait m'en apporter.* »

Frantz : « *Pendant 2 – 3 mois je vais rien prendre du tout et du jour au lendemain je peux me dire bah aujourd'hui je pète un câble j'ai envie bah voilà. C'est surtout ça en fait, essayer de trouver des réponses à ça.* »

4. Peur pour sa santé

Par ailleurs, on retrouve souvent une **motivation rationnelle** à évoquer le sujet. Ils sont conscients que leur consommation comporte des risques.

Paul : « *Quand vous voyez qu'au fil des jours votre corps vous lâche votre esprit vous lâche vous faites n'importe quoi euh* »

Fanny : « *Oui c'est quand je suis tombée malade lorsque j'ai découvert ma maladie* »

Samuel : « *Mon père étant mort d'une cirrhose, je me suis vite inquiété sur l'état de mon foie* »

5. Les enfants

Pour certains le fait d'être parent a été un déclic.

Cécile : « *Le fait d'être seule avec les 2 enfants, la solitude* »

Samuel : « *Je me suis vite rendu compte que ça allait mal tourner, l'élément vraiment déclencheur ce sont mes enfants j'ai deux enfants et je voyais que c'était incompatible en fait de m'occuper correctement de mes enfants et d'être dans cette addiction ça a été ça le moteur* »

D. Les freins à parler de sa consommation d'alcool

Au premier abord certains patients n'ont éprouvé **aucun frein ou crainte** à se confier à leur médecin généraliste.

Samuel : « *C'est vrai que je me demandais comment elle allait réagir euh mais l'ayant vu plusieurs fois dans un cadre médical classique, j'avais pas tant de craintes que ça finalement parce qu'on avait un bon contact et je savais qu'elle allait pas me juger, je venais chercher de l'aide je savais qu'elle allait m'en apporter* »

Joël : « *Aucune crainte* »

Mais ce profil de patients reste **minoritaire** et en creusant un peu on se rend compte qu'il existe de nombreuses craintes.

1. Peur d'être jugé

La peur d'être **jugé** est très souvent évoquée

Frantz : « *D'être jugé, comme enfin sa famille, les jugements en général* »

Julie : « *La crainte d'être jugée* »

Cécile : « *j'avais peur du jugement* »

2. La honte

La honte est également un sentiment très souvent retrouvé dans ces entretiens.

Claude : « *La honte, le fait d'en parler, le fait des regards un peu de biais* »

Marc : « *Euh bah la gêne, la honte la peur d'en parler parce que c'était pas évident d'aborder le sujet et puis c'est aussi une question de confiance c'est pas facile de dire que je viens d'une famille de gros buveurs surtout ma mère quoi...* »

Fanny : « *J'avais surtout un sentiment de honte en fait* »

Patricia : « *Je pense qu'il y avait vraiment une honte à parler de l'alcool, parce qu'une femme qui boit de l'alcool ce n'est pas beau* »

Sabrina : « *Au tout début s'il ne m'en avait pas parlé je pense que j'en aurais pas parlé, justement par la honte, le regard qu'il aurait pu avoir changé sur moi c'était ça, quelque part, tant mieux que ça soit lui qui m'en ai parlé parce que ça m'a permis d'en parler* »

3. Impact sur le travail

Deux participants ont eu des réticences par rapport à leur statut professionnel

Sébastien : « *La crainte, elle était peut-être qu'il me dise à un moment je vous ferai plus d'arrêt. »*

Patricia : « *Je cherchais à protéger mon statut social, comme je recherchais un emploi dans le médico-social dans la région, je me disais tout le monde se connaît donc il faut pas qu'ils sachent, donc ça aussi pour moi c'était une crainte par rapport à un collègue potentiel. »*

4. Manques de connaissances du médecin

Certains se posent des questions sur les capacités de connaissances du médecin sur le sujet du trouble d'usage à l'alcool.

Paul : « *J'étais allé sur internet j'avais trouvé une molécule qui permettait quand on avait une envie importante de ne pas boire ou de réduire, le médecin ne m'a pas fait de pédagogie là-dessus, il m'a pas dit oui c'est bien je connais il n'avait pas d'éléments probants à me fournir ou à me rassurer, il m'a prescrit les médicaments que moi je lui ai dit, j'ai vu que ça faisait baisser la consommation. »*

Julie : « *Je lui en avais parlé une fois, je lui avais dit que je buvais un peu plus qu'avant il m'avait dit, il faut faire attention faire plus d'activité sportive mais il ne l'a pas pris lui en alarme alors que je pense que dès qu'un patient dit ce genre de choses il doit y avoir un énorme déclic chez un médecin généraliste surtout avec ce que j'avais vécu et lui il le savait en plus. Je ne lui en veux pas je lui en ai parlé mais voilà il n'a pas réagi il ne l'a pas pris comme une alarme. »*

Patricia : « *Je lui ai donné le dossier j'avais déjà tout rempli tout ce qui me concernait. Il a pris le dossier il l'a rempli, il m'a posé aucune question, il ne m'a pas dit je ne m'en doutais, rien, il a juste rempli et c'est tout à mon grand étonnement... »*

5. Capacités limitées de prise en charge

Ils sont un grand nombre à évoquer cette limite de temps et de prise en charge par le médecin généraliste.

Claude : « Non, non, mais je ne déballe pas tout non plus c'est pas un psychologue, et puis je vais pas lui faire prendre la place du psychologue, il a assez de boulot comme ça. (...) si je dois parler plus je vais voir un psychologue, je vais voir un psychiatre je ne sais pas »

Samuel : « Je sais qu'un médecin généraliste à ses limites et selon le problème va diriger vers un spécialiste quoi... »

Sabrina : « Alors déjà, je ne rentre pas dans les détails encore une fois, parce que déjà un c'est pas son rôle entre guillemet »

Paul : « Je suis dans une région viticole donc nous l'alcool coule à flot, notre médecin est un élément très important de la famille. Tous les jours ce médecin est confronté à des gens addict, il y a beaucoup de patients qui ne se rendent pas compte qu'ils sont addict pour eux, c'est leur mode de vie donc le médecin lui ne vas pas creuser c'est pas parce que il a pas envie, c'est parce que il va pas creuser il sait bien mais il n'en parle pas »

6. Sexe du médecin

Une patiente s'est confiée sur la facilité pour elle de parler à une médecin femme.

Patricia : « Si j'avais eu une femme jeune qui venait de s'installer en pull bariolé je pense que j'aurais eu plus de facilités à me confier. »

7. Manque de temps du médecin

Le manque d'implication et d'écoute a pu inhiber le patient.

Julie : « Je sais qu'un médecin généraliste n'a pas forcément le temps de prendre le temps d'expliquer comme on le fait en cure ça c'est évident on est pris à la chaîne c'est la cohue on attend des fois 1h ou 2 heures dans une salle d'attente donc c'est pour ça que moi je note pour aller au plus urgent pour pas lui prendre trop de temps car il y en d'autres derrière qui souffrent plus que moi mais ça c'est le manque de médecins généralistes (...)si on commence à expliquer ça et ça et qu'il y a un blanc pour le médecin c'est terminé, on passe à autre chose, client suivant et ça c'est vraiment dommage »

8. Discours moralisateur

La peur d'être sermonné et le discours moralisateur a pu freiner certains dans le dialogue.

Patricia : « Ce médecin il est très dans la norme, il faut boire il faut faire du sport, il faut si, il faut ça et moi je ne fonctionne pas comme ça je ne suis pas dans le « il faut que » il est

un peu dans le c'est bien c'est pas bien et il y a un côté moral un peu catho chez ce monsieur (...) il avait tout mis sur le dos de la dépression en fait, c'est quelqu'un qui parle un peu comme à des vieilles dames.... Je lui disais, j'ai plus d'appétit je mange plus, il me disait il faut prendre du gouter de la brioche mais moi j'en étais plus du tout à ça quoi donc je trouvais que c'est sans doute un médecin avec qui ça colle bien avec les personnes âgées mais pas avec quelqu'un comme moi comme ça... »

9. Relation médecin patient

La relation construite avec le médecin traitant a aussi pu être un frein, et surtout quand il s'agissait du médecin de famille.

Sabrina : *« C'est notre médecin traitant donc il nous connaît, en plus moi il connaît tous mes enfants donc je me disais, il va dire la mère est alcoolique et que ceci donc c'était compliqué mais en fait non, si on a confiance avec le médecin traitant franchement c'est génial »*

Patricia : *« Je ne lui en ai pas parlé parce que j'avais honte, parce que pour mon médecin je suis quelqu'un de très diplômée euh avec une vie de famille de notable entre guillemet euh donc j'ai pas eu de problème à lui parler de ma dépression, j'ai pas eu de problème à lui parler du tabac, parce que le tabac c'est beaucoup moins dégradant. »*

Cécile : *« J'étais pas capable moi de le faire vu que j'étais en larmes et c'est mon médecin qui me connaît depuis toute petite, j'étais pas à l'aise, pour moi il me connaît trop. »*

Patricia : *« Il faut savoir que mon père était pharmacien et je savais qu'ils se parlaient donc j'ai peut-être sans m'en rendre compte eu cette peur-là. »*

D'autres n'avaient **aucune affinité** avec leur médecin traitant.

Patricia : *« Moi, j'ai pas osé lui en parlé, d'abord j'ai pas une relation d'affinité avec lui, j'ai déménagé et j'ai pas eu le choix, c'est le seul qui a bien voulu me prendre en plus de sa clientèle »*

10. Les choses que l'on n'ose pas dire

Il existe de nombreuses **inhibitions** chez les patients à noter notamment la quantité qui est très souvent minimisée.

Julie : « *La quantité, c'était surtout ça qui me gênait, quand il me demandait vous en êtes où ? je disais 1 bouteille au lieu de deux quoi, c'est peut-être pour ça aussi qu'il n'a pas mis le gyrophare.* »

Sabrina : « *Le taux de consommation, je mentais pas mais je minimisais ma consommation* »

Cécile : « *Bah les quantités, à cause de la honte* »

Fanny : « *La quantité parce qu'elle est énorme* »

D'autres n'ont pas osé aborder la consommation de drogues associées

Samuel : « *Non en fait ce que je n'ai pas osé lui dire c'est que je prenais d'autres drogues à côté que l'alcool ça, je l'ai pas abordé tout de suite* »

Certains ont été bloqués par l'identité de la mère ou de la femme.

Patricia : « *Je pense qu'il y avait vraiment une honte à parler de l'alcool, parce qu'une femme qui boit de l'alcool ce n'est pas beau, et qui plus est, une femme diplômée qui sait peut-être quelles conséquences ça a.* »

Sabrina : « *C'est notre médecin traitant donc il nous connaît, en plus moi il connaît tous mes enfants donc je me disais, il va dire la mère est alcoolique et que ceci... donc c'était compliqué* »

E. Les attentes des patients vis-à-vis des médecins généralistes

Certains patients ont dit ne pas avoir **d'attentes spécifiques** vis-à-vis de leur médecin généraliste, mais ce cas est largement minoritaire.

Joël : « *J'avais aucune attente de lui juste qu'il me remplisse mon papier* »

Nous nous rendons bien compte que les patients sont dans une attente multiple et bien définie vis-à-vis du médecin traitant.

1. Une aide

Certains désiraient juste de l'aide, une **main tendue**

Fanny : « *Euh une aide déjà, (...) et puis une aide psychologique aussi. »*

Claude : « *S'il peut m'aider c'est tout, il faut une aide hein ! J'ai une bonne relation avec lui, je pense qu'il ne devrait pas y avoir de problèmes. »*

2. Une écoute et du temps

La plupart des participants voulaient être **entendus** et **écoutés** afin de recevoir **une prise en charge adaptée**.

Julie : « *Si on commence à expliquer ça et ça et qu'il y a un blanc pour le médecin c'est terminé, on passe à autre chose, client suivant et ça c'est vraiment dommage ce manque de temps et d'intérêt au patient c'est primordial. Mon attente c'est donner du temps et puis l'orientation vers un spécialiste s'il n'y a pas le temps il faudrait dire voilà, appelez là ils sont spécialistes de la chose. »*

Marc : « *L'appeler, avoir un rendez-vous assez rapidement et en parler c'est quand même... c'est beaucoup plus facile d'en parler à une personne en face qu'au téléphone, c'est plus franc »*

3. Une orientation spécifique

Nombreux sont ceux qui cherchaient à être orientés vers des professionnels ou des structures adaptées

Frantz : « *Savoir euh... comment.... Qu'il me donne les clés pour trouver une solution, pour m'envoyer voir des spécialistes ou me proposer une solution »*

Julie : « *Et puis l'orientation vers un spécialiste s'il n'y a pas le temps il faudrait dire voilà, appelez là ils sont spécialistes de la chose (...) L'orientation c'est intéressant pour avoir une aide, il aurait dû me le proposer dès le départ. »*

Samuel : « *Là c'était clairement de me diriger vers un pôle adapté compétant qui puisse m'aider, je sais qu'un médecin généraliste à ses limites et selon le problème va diriger vers un spécialiste quoi... »*

Fanny : « *Des orientations, des mots clés voilà, une orientation professionnelle* »

Cécile : « *Bah du coup avoir un suivi avec un addictologue là actuellement* »

4. Une réassurance et un soutien

Certains cherchaient seulement à être rassurés et déculpabilisés

Paul : « *Un alcoolique il faut le prendre sous le bras, il faut lui redonner confiance il faut le dorloter lui dire que ça peut marcher.* »

Cécile : « *Il m'a rassuré dans le sens que ça pouvait arriver à tout le monde, qu'il ne fallait pas que je me fasse du souci, qu'on allait s'occuper de moi euh qu'on allait faire ce qu'il fallait* »

Marc : « *Déjà un soutien parce que c'est important, pouvoir en parler librement* »

5. Un suivi

La plupart des patients attendent un suivi précis et bien coordonné.

Marc : « *Ce que j'attends la maintenant, on va dire c'est d'être suivi le plus possible quoi parce que pour moi c'est très important parce que là, ma sortie va être un peu compliquée mais bon il y a quand même du bon à ma sortie mais j'angoisse aussi de rentrer chez moi* »

Sabrina : « *Bah j'aimerais qu'il me suive et qu'il m'oblige entre guillemets avec des ordonnances à me faire faire des prises de sang etc pour pas justement pas le décevoir, déjà pour moi pas me décevoir mais pour lui prouver quelque part aussi que vous voyez je continue...continue* »

6. Une ouverture d'esprit

Les patients recherchent des avis neutres chez des médecins **objectif** et **ouvert d'esprit**

Patricia : « *Ce médecin, il est très dans la norme il faut boire, il faut faire du sport, il faut si, il faut ça et moi je ne fonctionne pas comme ça je ne suis pas dans le « il faut que » il est un peu dans le c'est bien, c'est pas bien et il y a un côté moral un peu catho chez ce monsieur* ».

7. Proposer une cure

Un des participants refusait les médicaments et voulait une proposition de cure afin de créer une rupture sociale.

Sébastien : « Bah c'est peut-être à un moment de dire, de dire là, vous n'y arriverez pas si vous n'allez pas en cure plutôt que de donner du Lysanxia, vous pouvez peut-être gérer ça tout seul avec l'aide d'une psychologue.... Ya pas de.... Ya pas la notion de rupture, tu vois ce que je veux dire, euh par ce que qu'il y a un manque psychologique ça c'est sûr mais il y a aussi un manque physique et ça je trouve que c'est pas pris en compte, pas assez. »

8. Les médecins généralistes dans l'ensemble ont -il répondu aux attentes de leur patients ?

Certains patients n'ont pas été satisfaits. Leurs médecins traitants n'ont pas pu répondre à leurs attentes.

Julie : « Non car s'il avait eu ce gyrophare plus tôt, il aurait pu m'aider »

Patricia : « Je pense qu'il ne peut pas répondre à mes attentes, car c'est sa personnalité qui ne me convient pas, et j'avoue que je vais essayer de changer de médecin traitant parce que pour moi la relation qu'on doit avoir avec son médecin traitant, c'est vraiment une relation de confiance et là ça ne matche pas quoi... »

Mais la majorité reste très satisfaite et affirme avoir eu leurs attentes comblées par le médecin traitant.

Frantz : « Bah oui il a répondu aux questions que je lui ai posé mais au début il disait enfin il me racontait que... qu'avec des médicaments vu que je prenais pas une cuite tous les jours qu'avec des médicaments je pouvais m'en sortir, je lui ai dit... je pense pas parce que du jour au lendemain je sais pas ce que je peux faire en fait donc après il a dit bah ok et c'est pour ça qu'il m'a dit va voir un addictologue machin... il était d'accord avec ma démarche en fait. »

Sébastien : « Si si, il a répondu à mes attentes, il y a pas de souci à partir du moment où on a évoqué le sujet il a fait le nécessaire car le dossier devait être rempli assez rapidement, il m'a dit tu viens on va se caler un temps et voilà. »

Marc : « Ah bah oui !! Oui. Mes attentes...moi celui de Caen par exemple a appelé un addictologue directement du CHR de CAEN qui avait une place disponible donc c'était dans les 15 jours à peu près... »

Fanny : « Euh oui très bien puisque qu'il a confié mon dossier à un professionnel en addictologie, j'ai pas perdu du temps, je l'ai fait tout de suite. »

Cécile : « *Oui, bah déjà il m'a rassuré dans le sens que ça pouvait arriver à tout le monde qu'il ne fallait pas que je me fasse du souci qu'on allait s'occuper de moi euh qu'on allait faire ce qu'il fallait* »

Sabrina : « *Non non moi il a répondu à toutes mes attentes, c'est même lui qui a cherché, pas la cure car c'est mon addicto qui connaissait forcément plus parce que lui était pas basé là-dessus, mais c'est lui qui m'a donné des numéros justement d'addicto ou de psychos non non il m'a vraiment bien aiguillé* »

Samuel : « *Elle a tout a fait répondu à mes attentes, elle s'est occupée de contacter le CSAPA à porte Bretagne, à Tours, elle a obtenu un rendez-vous elle a dû insister pour que ça aille vite car il y a pas mal d'attente donc je dirai que oui elle s'est même permise avec mon accord de me contacter sur mon téléphone personnel pour me tenir au courant de l'évolution et des dates possibles donc oui oui elle a tout à fait répondu à mes attentes.* »

F. Suggestions des patients pour une amélioration du repérage

1. Mise en place d'un questionnaire

Certains proposent la mise en place d'un questionnaire systématique

Fanny : « *Alors après peut être mettre en place euh genre un petit questionnaire par exemple mais euh dans les grandes lignes comme, voilà est-ce que vous consommez du tabac ? Et après analyser peut-être, un petit questionnaire tout simple* ».

Paul : « *Il faudrait avoir une trame, poser des questions ouvertes qui vont aller sur la personne sans le mettre en défaut. Si vous lui demandez, vous buvez ? 80% des buveurs vont se braquer, si vous partez très large et commencez à refermer l'étau avec des questions très bien construites qui vont amener des réponses, ces réponses vont ramener d'autres questions et le patient lui va normalement faire le travail sur lui s'il est en confiance et dans sa tête il va dire oui j'ai une problématique. C'est tellement rentré dans les meurs de demander des questions sur le tabac qu'on pourrait faire pareil avec l'alcool en dédiant l'alcool donc l'aspect tabou, culturel et dire voilà vous consommez de l'alcool ? comment ? est-ce que c'est de manière festive ? Est-ce que vous vous isolez ? Il faut graduer, il faut être pragmatique de manière simple pour tous comme on le fait avec les cigarettes. L'alcool rend rituel, en posant des questions, on peut voir si l'alcool est ritualisé chez le patient.* »

2. Une campagne d'information

Il est question également à travers des campagnes d'informations de rendre le sujet de de la dépendance à l'alcool moins tabou.

Cécile : « *C'est un sujet assez tabou, on voit beaucoup d'affiches sur le tabac par exemple mais pas trop sur l'alcool une campagne d'information oui... et peut-être que ça viendrait à l'idée au patient de dire ah bah tiens je peux peut-être lui en parler en fait.* »

Sabrina : « *A part les campagnes d'informations parce que c'est vrai qu'on a déjà tellement peur d'en parler.* »

Claude : « *Beaucoup plus d'informations sur les dégâts euh une information lycée collègue obligatoire, faite par des plus jeunes puisqu'on ne peut pas parler à des jeunes, un vieux qui parle à des jeunes ça les fait rire ça ne les concerne pas, des anciens addicts de 20 ans par exemple. Parce qu'un vieux va leur dire, ils vont dire il est vieux celui-là, il nous emmerde, que quelqu'un de plus jeune il va être plus proche d'eux et puis dire regardez dans 4 ans comment vous allez être, il y a un blocage à faire.* »

3. Prises de sang

La prise de sang est aussi un sujet qui est récurrent et souvent évoqué

Paul : « *Suite à un examen sanguin mauvais la moindre des choses c'est d'en parler avec son patient, poser des questions, c'est à lui de tirer les ficelles pour que le patient se trouve en confiance et commence à se livrer.* »

Patricia : « *Bien sur les prises de sang mais ça ne suffit pas tout le temps c'est déjà la 1^{ère} chose* »

4. Être informé

D'autres se penchent sur l'information et revendiquent de ne pas être informés suffisamment sur les risques.

Julie : « *On ne sait pas lire nous les prises de sang les gamma GT on ne sait pas ce que c'est, on n'a pas d'information sur les dégâts, il y a un gros manque d'information, je pense que je deviendrai une très bonne informatrice pour mes enfants entre 22 et 26 ans et mes amis. Il faudrait que dans les villages en communion avec un médecin traitant on fasse une réunion avec tel ou telle personne, on peut les convier par exemple une réunion d'une heure organisée par la mairie, parce que les médecins généralistes connaissent beaucoup de monde et beaucoup de gens qui ont des problèmes et qui ne le savent pas.* »

5. Interroger sur le sommeil et le côté dépressif

Beaucoup d'entre eux se sont plaints indirectement d'insomnie ou de dépression, ces signes sont une perche qui méritent investigation.

Frantz : « *Tout dépend pourquoi il vient, s'il est tout le temps fatigué ou s'il s'est remis à boire par exemple dès fois, je venais il me disait bah t'a l'air déprimé, il demandait si je m'étais mis à boire ou si c'était une dépression par rapport au travail, ils devraient pas poser directement les questions mais tourner un petit peu autour et puis si il a vraiment confiance je pense que le patient va en parler directement.* »

Patricia : « *Il aurait pu interroger sur le sommeil parce qu'effectivement ça je ne m'en suis pas cachée je lui ai effectivement dit que je passais mes journées à dormir et que j'étais toujours fatiguée et ça c'est une des conséquences de l'alcool chronique donc peut être qu'en fouillant un peu plus il aurait trouvé.* »

Samuel : « *Euh je dirais que si un patient vient et exprime un mal être où on serait plus sur une piste de dépression, c'est peut-être à ce moment-là, qu'il faudrait délicatement poser des questions sur des éventuelles consommations.* »

Joël : « *Détecter si la personne se renferme sur elle-même, quand on l'a connu joyeuse qui voyait du monde et que petit à petit, elle se renferme sur elle-même déjà ça peut être un symptôme d'alcoolisme parce que c'est tout à fait ce qu'il se passe, après ça se voit sur le visage, des grosses cernes, et puis la personne au téléphone qui se répète, qui dit 10 fois la même chose, l'intonation de la voix quand elle a bu, ça s'entend aussi euh et puis côté irritable, ça peut pas être que sur le physique, ça peut être trompeur car ça se voit pas forcément* »

6. Souffler dans un éthylotest

Une patiente propose l'accès à des éthylotest dans les lieux publics

Julie : « *J'avais pensé une chose à un moment donné, je n'avais jamais soufflé dans un éthylotest ; je sais que ma consommation est importante mais à quel niveau je ne sais pas. On n'a pas la notion peut être qu'avoir un appareil qui nous dit qu'on est dans le rouge » même à l'entrée d'un supermarché, on ne pense pas être bourré en fait alors qu'on est déjà bien au-delà.* »

7. Apparence du médecin traitant

Certains pensent qu'une apparence moins formelle pourrait aider à libérer la parole

Patricia : « *Je ne sais pas dans la tenue, par exemple le médecin dont je vous parle il a toujours une blouse donc déjà peut être, être habillé comme tout à chacun déjà il n'y a pas ce côté sachant et homme de la médecine, être habillé normalement... »*

8. Recevoir le conjoint en consultation

Une patiente s'est posé la question de recevoir le couple en consultation ce qui pourrait amener à creuser certains abcès.

Patricia : « *Je sais bien qu'il y a le secret médical mais euh mais le côté de la dépression ça génère aussi des tensions dans le couple dont je lui ai parlé voilà donc j'en souffrais beaucoup des tensions avec mon mari alors je ne sais pas si dans le protocole on peut le faire ou on ne peut pas le faire mais pourquoi pas recevoir le couple sachant qu'en recevant le couple peut être qu'à deux, me sentant un peu protégée par mon mari j'aurai eu la force de lui en parler. »*

G. La relation médecin patient consommateur

1. Les motifs de consultation

Des petits consommateurs de soins

Certains consultent très peu.

Frantz : « *Je n'y vais pas souvent »*

Paul : « *Des certificats médicaux pour le sport, pour la plongée ou pour une visite de contrôle »*

Sébastien : « *Oh c'est que quand j'ai une grippe un truc comme ça, voilà un vaccin »*

Cécile : « *Bas en temps normal comme je vous ai dit c'est plus pour les enfants »*

Samuel : « *Ça fait bien longtemps que j'ai pas été malade, c'est pour une otite, c'est vrai que je fais pas mal d'otites, amener mes enfants voir le médecin traitant les enfants sont souvent malades parce qu'ils développent leur système immunitaire »*

Joël : « *Quand je suis malade »*

Et d'autres plus réguliers

D'autres consultent plus régulièrement.

Claude : « *Je le vois une fois par mois, pour la tension pour renouveler certains médicaments et ça m'arrive de temps en temps parce que j'ai des trucs qui me travaillent alors je lui en parle et puis non la relation est bien.* »

Julie : « *Mon renouvellement de Levothyrox tous les 3 mois* »

Marc : « *En dehors de l'alcool, c'est vraiment si j'ai mal quelque part, une toux importante, pour me faire examiner et puis j'y vais une fois par mois pour surveiller ma tension quand même et puis voilà car c'est important la tension car je suis monté à 21 une fois* »

Fanny : « *Euh mes renouvellement d'ordonnances* »

Patricia : « *En général je vais voir mon médecin quand je suis malade et puis j'allais le voir tous les 3 mois pour renouveler mon anti dépresseur.* »

Certains considèrent même le médecin traitant comme leur psychologue.

Les médecins traitants jouent le rôle de psychologue et de soutien moral pour certains patients.

2. Les ressentis

Le facile

L'absence de craintes

Joël : « *Non c'est facile, on parle de sexe, on parle de tout, je le connais tellement depuis longtemps* »

Sébastien : « *Non classique* »

Une relation bien établie

Frantz : « *Non c'est plutôt facile il est plutôt à l'écoute donc...* »

Paul : « *J'ai beaucoup de respect pour mon médecin c'est mon éducation on a eu une facilité de discussion j'ai pas eu cette appréhension de lâcher le morceau, je l'ai pas eu parce qu'il y a une proximité, il y a une réelle confiance, il était heureux que je fasse ces démarches (...) Il a une approche avec de la sympathie et ça, ça a facilité beaucoup de choses pas son savoir-faire mais son savoir être.* »

Julie : « *Je l'ai appelé et je ne sais plus pourquoi il n'y avait pas de secrétaire et j'ai laissé un message vocal disant que j'étais en cure et le soir même vers 22h, il me rappelle et me demande vous partez en cure j'ai pas tout compris et je lui ai expliqué. Il m'a rappelé et ça un médecin généraliste doit le faire parce qu'au départ je voulais juste l'informer j'attendais pas de réponse (...) il me montre qu'il a entendu il sait que je fais attention il sait que je suis suivi et ça pour moi c'est important, il doit savoir ce qui m'arrive c'est lui qui me connaît pas le mieux mais qui connaît ma santé ; depuis que mon mari est parti c'est lui qui me suit encore plus. »*

Fanny : « *Comme le relationnel est bon, non c'est plus facile »*

Cécile : « *Ah non ça s'est toujours bien passé, le docteur X de toute façon il me connaît par cœur, il est à l'écoute, il est optimiste »*

Sabrina : « *..Oui la consultation se passe bien, il est toujours à me rassurer en fait et ça je pense que c'est l'essentiel, c'est que, pas valoriser mais en tout cas, il te met pas la tête sous l'eau comme certains de ta propre famille qui disent, ah tu as pas de volonté c'est pour ça que tu y arrives pas lui rien qu'il me dit Sabrina c'est pas ta faute c'est pas une question de volonté, c'est une maladie, rien que d'entendre ces quelques mots qui sont banals mais je ressors et je me dis tu vois claire c'est bon, c'est horrible, c'est une maladie mais ça se soigne donc ça m'aide. »*

Le difficile

Le vécu

Samuel : « *Alors la 1ère fois ce qui pas facile, rien que de s'allonger et de se mettre un petit peu à nu pour que les constantes soient prises etc., il y a cette pudeur un petit peu euh voilà après ça c'est quelque chose quand le médecin met en confiance qui disparaît très rapidement, Et puis encore une fois, j'ai eu tout de suite un très bon relationnel avec mon médecin mais le simple sujet d'aborder le sujet du mal être c'est quelque chose qui peut être difficile »*

Marc : « *Non j'étais mal dans ma peau, très mal dans ma peau pour moi j'avais l'impression qu'il ne voulait pas comprendre, et puis moi pas dire la vérité sur moi-même c'était vraiment gênant c'était un stress, j'ai eu des fois à appeler pour annuler mon rendez-vous tellement j'appréhendais... J'avais peur d'y aller sachant que j'avais consommé la veille, j'étais tout tremblant et tout je ne me voyais pas me présenter comme ça »*

Manque de confiance

Patricia : « *J'aurais aimé qu'il remarque mais peut être que je ne donnais pas assez d'indices pour aborder le sujet ça aurait été plus facile...Après il l'aurait abordé, est-ce que je ne lui aurais pas menti à cause de cette façade sociale, je pense que j'aurais pas avoué donc ça n'aurait pas suffi après je pense que voir devant moi une femme qui n'a pas de stéréotypes qui n'a pas de préjugés ça aurait été plus simple. »*

Peur d'être jugé

Patricia : « *Mon médecin traitant, c'est un peu le bourgeois d'une ville moyenne et donc on a l'impression très vite qu'on va être jugé, si j'avais eu une femme jeune qui venait de s'installer en pull bariolé je pense que j'aurais eu plus de facilités à me confier. »*

D'autres font preuve de bienveillance envers leur médecin traitant

Claude : « *Non, non, mais je ne déballe pas tout non plus c'est pas un psychologue, et puis je vais pas lui faire prendre la place du psychologue il a assez de boulot comme ça. Je raconte euh on reste euh parce qu'avec le Covid, ils en ont jusque-là. Là il est temps que ça se termine et puis je reste sur des généralités, si je dois parler plus je vais voir un psychologue, je vais voir un psychiatre je ne sais pas... s'il prend les malheurs de tout le monde, il n'arrivera plus à suivre »*

Sabrina : « *Alors déjà je ne rentre pas dans les détails encore une fois, parce que déjà un ce n'est pas son rôle entre guillemet »*

H. Les représentations de l'alcool

1. Les effets recherchés

L'effet anxiolytique

Cécile : « *Bah c'est devenu plus une habitude, mais au départ c'était un anxiolytique »*

Patricia : « *Euh il y avait aussi une angoisse qui était que j'ai perdu mon travail, donc je ne savais pas quoi faire de mes journées, j'avais pas de programme pour le lendemain, donc ça aussi c'est déprimant. »*

Un moyen de décompression

Sébastien : « *Le soir si je finis à 21h15 et si je finis à 15h15 bah 16h00, après le travail, c'est un moyen de décompresser, c'est un moyen de refaire ma journée aussi, c'est un moyen de refaire des choses. »*

Patricia : « *Avec l'alcool on se sent plus léger je dirais détente et quiétude »*

La perte d'un proche décès ou rupture amoureuse

Julie : « *L'élément déclencheur a été pour moi le décès de mon mari il y a 3 ans au mois de Novembre euh... ça a été un déclencheur systématique »*

Samuel : « *Oui, la séparation avec la mère de mes enfants, qui m'a quitté et m'a fait plonger dans une dépression et qui m'a amené à consommer de l'alcool en quantité de plus en plus importante très rapidement voilà ça a été l'élément déclencheur »*

L'aspect social

Paul : « *J'ai commencé avec l'agricole quand j'étais anxieux, et après c'était pour me désinhiber quand j'allais à un repas je consommait une faible quantité mais c'était pour palier à une problématique psychique ou de confiance en soi. »*

Sabrina : « *A la base, c'était festif les copains les copines que les week ends et puis ça a enchainé en soirée la semaine et puis après c'est physique quoi »*

La retraite

Claude : « *Moi c'était un an avant ma retraite ou j'ai commencé à paniquer, une retraite mal préparée avec la retraite et le Covid, donc moi oui c'est surtout ma retraite ça fait 3 ans. »*

La solitude

Marc : « *Dans la solitude, beaucoup, car je vis seul dans un studio depuis que je suis arrivé à Alençon maintenant ça fait plus d'un an.... Donc j'ai passé 7 mois en sortant de post cure, j'ai atterri dans un hôtel à la gare qui était provisoire ça a duré 7 mois donc j'ai connu le 1er confinement là-bas, donc l'ennui en plus. L'alcool s'est représenté quasiment à ma sortie de post cure. »*

Patricia : « *Alors les éléments déclencheurs à une consommation d'alcool problématique, donc addictifs, c'est une grande tristesse, euh c'est le fait de se sentir incomprise de son entourage, donc très seule »*

Joël : « *Dans les moments de solitude... »*

Les sentiments négatifs

Frantz : « Euh quand je suis contrarié, mauvaises nouvelles euh les problèmes quotidiens quoi, et surtout l'émotionnel en fait. »

Fanny : « Euh l'élément déclencheur euh je dirais de l'anxiété, des fois il y a tristesse la colère, on va dire tous les sentiments négatifs, la contrariété. »

Joël : « Il y a des choses... ce qui va pas bien, tout ce qui touche à ma sensibilité, c'est à dire le travail comme je me suis beaucoup investi, j'étais à mon compte donc c'est beaucoup de temps de ta vie au quotidien quand même et puis tout ce qui touche le cœur, la sensibilité de moi-même c'est à dire relation amoureuse, on a quand même une sensibilité à voir avec la personne avec qui on est, et puis son enfance, ses parents, Tous ce qui touche à l'affectif. »

Le milieu professionnel

Julie : « Donc le fait que je sois maitre d'hôtel en salle de restaurant gastronomique. On sert du vin en salle au verre maintenant depuis quelques années et ce qu'il fait que dans les frigos, il y a continuellement du blanc du rosé du rouge et il y a aussi des petits cubis et je me suis vu très vite boire au boulot du cubis en cachette. »

2. La perception des risques

Les mauvaises expériences

Patricia : « Avant de rentrer dans cette cure, je suis tombée dans les escaliers à 2 heures du matin, j'ai eu beaucoup de chance j'aurais pu me faire le coup du lapin, j'ai juste eu un gros hématome sur la pommette, une entaille dans le nez, le visage tuméfié vert jaune violet pendant une semaine donc voilà on risque des accidents des chutes »

Marc : « Ah oui bien sur car les effets j'en ai eu à la maison donc ça c'est des choses qui m'ont fait très peur car j'étais seul, j'ai fait des crises de spasmophilie, compression de la poitrine du mal à respirer tremblements sueurs »

Les tremblements

Sabrina : « Euh au niveau physique, c'est tremblements, sueurs, donc le manque se fait ressentir beaucoup plus vite qu'on le croit. »

Paul : « Les transpirations sévères, les tremblements »

Claude : « Déjà je tremble des pieds à la tête, on m'a dit euh ma mère m'a dit, il y a qu'elle.... Elle me l'a dit sans en parler vraiment que ça peut venir de l'alcool et non, puisque j'ai toujours tremblé depuis mon enfance, mais c'était trop fort, vraiment c'était parti à ne plus pouvoir attraper une tasse à café, fallait que ça s'arrête »

Patricia : « On dort tout le temps et on n'est jamais reposé parce qu'on a plus de sommeil profond, j'étais tout le temps fatigué à me trainer, et en fait on use son corps. »

Fanny : « Bah physique il y a une dégradation de toute façon on le sent bien euh que ce soit même au niveau du visage on a quand même la tête plus bouffie, les yeux gonflés. »

Julie : « Au niveau physique j'avais un cubi de rosé au niveau du ventre et de l'estomac, que j'ai remarqué mais en disant que j'avais passé la cinquantaine et que j'avais le corps qui se transforme je cherchais des excuses aussi. »

L'insomnie

Paul : « Des problématiques de sommeil, un endormissement rapide puis un sommeil non réparateur une anesthésie, beaucoup de pensées négatives qui empêchent de dormir je dormais quart d'heure par quart d'heure »

Marc : « Au début c'est pour oublier, les choses du passé, et au final plus je consomme plus je reviens sur ce passé qui est très douloureux, et plus j'abuse de l'alcool, jusqu'à temps que j'arrive à l'ivresse afin de pouvoir m'endormir sinon ce n'est pas possible »

L'anorexie

Paul : « Des crampes des vomissements le matin, je continuais à manger j'avais encore une vie sociale mais elle commençait à s'effriter... »

Patricia : « Quand on boit de manière addictive on a plus faim donc on ne mange plus euh »

Les conséquences psychiatriques

Frantz : « Bah on se sent un petit peu euh comment dire, on a plus de force en fait plus d'envie, le moindre truc on va se dire oh c'est compliqué alors que c'est un truc tout simple. »

Samuel : « Euh alors manque de dynamisme, moins de réflexion, le cerveau s'éteint tout doucement, oui on ne réfléchit plus à autre chose qu'à sa bouteille »

Patricia : « J'ai perdu mon travail, je suis restée dans des activités associatives pour quand même avoir quelque chose mais je me rendais bien compte que j'avais du mal à me concentrer, une réunion qui durait plus de 2 heures j'en pouvais plus. »

Le retentissement social

Julie : « On perd toute activité sociale car on ne peut pas rester concentré sur une pensée un objet quelque chose. »

Fanny : En fait on se coupe, on se coupe carrément avec tous les liens sociaux, on reste enfermé chez soi, oui voilà, on finit par couper tous les liens.

Sabrina : « Euh le plus c'est le relationnel, on a honte et on veut vraiment boire tout seul, avant c'était boire avec les autres partager maintenant c'est vraiment boire seul... c'est notre copain quoi... »

Samuel : « Effectivement la bouteille devient une copine euh plus la consommation augmentait, plus je me renfermais sur moi-même. Alors je m'ennuyais par moi-même finalement, puisque je refusais de voir du monde de voir mes copains, donc je dirais qu'en fait l'ennui c'est la conséquence de la consommation, parce qu'isolement et... »

Connaissances des risques

Certains étaient conscients des risques et craignaient pour leur santé.

Sébastien : « On sait que c'est dangereux, on sait qu'on peut avoir une cirrhose, on sait qu'on peut faire un malaise cardiaque, on sait qu'on peut s'étouffer en vomissant on sait tout ça mais l'alcool, on n'a pas le choix faut l'acheter c'est tout, c'est comme ça, et on en est conscient il n'y a pas de soucis. »

Patricia : « Une grosse préoccupation par ma santé, parce que je sais que la combinaison alcool tabac, ça génère beaucoup de cancers, j'aurai 53 ans donc je suis à un âge où on peut avoir comme ça des mauvaises nouvelles, j'ai aussi 3 enfants dont l'aîné vient d'avoir 28 ans, donc j'espère être grand-mère dans les 2-3 ans j'aimerais profiter de mes petits-enfants ben là-dedans il me faut protéger ma santé »

Claude : « La crainte de me détruire, la crainte et puis le foie. »

Sébastien : « Ouais bien sûr la mort tout simplement ben oui on en est conscient, ça n'empêche pas moi j'ai vu des lendemains de cuite, parce que je vis tout seul, dans un

appartement et euh donc le matin quand je me réveillais j'ai dû faire le numéro des urgences, d'avoir le portable à côté de la main, et laisser ma porte entre ouverte au cas où je m'effondre, moi j'aurais peut-être pu appuyer sur le bouton, la porte entre ouverte les voisins se seraient peut-être dit ? »

Samuel : *« Mon père étant mort d'une cirrhose, je me suis vite inquiété sur l'état de mon foie »*

Paul : *« Quand vous avez au repos normalement 50 pulsations au repos et que la-vous êtes entre 50 et 90 pulsations minute quand vous êtes fatigué en permanence quand vous n'arrivez plus à dormir quand vous êtes irritable en permanence quand vous avez envie d'en découdre avec tout le monde, quand vous faites peur à votre conjointe. »*

D'autres n'avaient aucune crainte par rapport à leur santé.

Samuel : *« Je ne pensais pas trop à l'impact sur les neurones j'avais pas trop connaissance de la destruction cellulaire qui était liée à l'alcool »*

Julie : *« Je ne m'occupais plus de ma santé sauf pour renouveler mon Lévothyrox, je n'ai pas fait de tentatives de suicide mais ça m'est arrivé de le penser ... ; j'avais aucune priorité par rapport à moi. »*

Sabrina : *« Je n'en avais pas, au tout début je me suis dit, attend tu es jeune, il va rien t'arriver enfin en tout cas pas comme ça, j'entendais parler de cirrhose, de pancréatite j'en avais pas »*

Marc : *« Ah bah moi ma santé sur le coup je n'y pensais pas trop parce que je me disais bon bah je suis jeune je suis en pleine forme et tout »*

Sébastien : *« Euh oui il y en avait des préoccupations mais la préoccupation première c'est qu'il faut que ça s'arrête, c'est ça la préoccupation première, c'est...il faut faire les démarches pour que ça s'arrête. La première préoccupation, elle est là c'est de faire le pas de se faire soigner. Et la santé ça vient après, après on croise les doigts quand le médecin il dit on va faire une prise de sang pour aller en cure, tant qu'on n'a pas les résultats on croise les doigts »*

Frantz : *« Sur ma santé non...pas de préoccupation »*

Certains avaient même de fausses idées.

Marc : *« Pour moi c'était tout à fait normal parce que moi j'ai grandi dans un milieu de personnes qui buvaient, ma mère était alcoolique donc pour moi au départ j'ai cru que c'était héréditaire et on m'a fait comprendre que non »*

VIII. Discussion

En tout premier lieu, il sera intéressant de mettre en avant les forces et les biais de cette étude.

La discussion sera ensuite organisée en plusieurs points :

Le premier point traitera le type de relation entre le patient et le médecin autour de la consommation d'alcool. Elle sera argumentée par une interprétation scientifique sur les pratiques des médecins et les recommandations des spécialistes.

Le deuxième point s'orientera sur les ressentis des patients en particulier sur les motivations et les freins à aborder les questions de la consommation d'alcool.

En dernier point, il s'agira de comprendre leurs attentes sur la prise en charge.

Tous ces points seront comparés aux ressentis des médecins, afin de comprendre les difficultés de chacun et envisager des solutions.

Une quatrième partie évoquera la relation médecin-patient dans son entité globale.

Un dernier point discutera de la représentation d'alcool par le consommateur.

A. Les limites de l'étude

1. L'échantillon

Une première objection peut être soulevée quant à la représentativité de l'échantillon interrogé. La sélection des patients a été réalisée uniquement sur ceux en cure, il aurait été peut-être aussi intéressant de sélectionner des patients en cabinet de médecine générale.

Cependant les entretiens ont été réalisés en pleine pandémie de COVID-19, il était beaucoup plus difficile de demander aux patients de se déplacer au cabinet afin de les interroger alors qu'ils n'osaient même pas parfois consulter pour leur propre intérêt.

Pour des raisons de facilité et de pratique, il a donc été plus accessible d'interroger les patients en cure.

Ceci amène à s'interroger sur un possible biais des attitudes des répondants en fonction de leur niveau de consommation nul à ce moment.

2. Le souhait de partager

Au fil des rencontres avec des consommateurs, j'ai tenu à inclure des patients avec des histoires très différentes pour que le travail de recherche soit le plus diversifié possible mais certaines personnes ont refusé de participer. Ainsi, la première condition à la réalisation de ce travail était la motivation et la volonté des patients, et ceci constitue le principal biais de l'étude.

3. Les hommes et les femmes

D'autre part, il y a eu plus d'hommes volontaires et même présent dans les cures, ce qui m'a poussé à interroger des patients sur plusieurs semaines pour aussi avoir des femmes et donc les solliciter.

Ce qui confirme les enquêtes montrant que les hommes sont plus nombreux à consommer de l'alcool que les femmes.

La consommation d'alcool est plus fréquente chez les hommes : 15,2% d'entre eux en boivent tous les jours, contre 5,1% des femmes. Les consommations occasionnelles (moins d'une fois par semaine) concernent 55,7% des femmes et 36,8% des hommes. En termes de quantités bues, l'écart entre les sexes est également marqué : les hommes déclarent boire en moyenne 2,8 verres un jour ordinaire où ils consomment de l'alcool, contre 1,8 verre pour les femmes (46).

4. La méthode

Par ailleurs la méthode d'analyse a consisté à interroger les consommateurs via des entretiens semi directifs en les questionnant sur leur ressenti par rapport à leur consommation d'alcool. Mon premier questionnaire comprenait quelques questions fermées afin de remplir l'objectif que je m'étais fixé mais je me suis vite rendu compte que je limitais l'étude, j'ai donc transformé toutes mes questions de type ouvert. J'ai donc laissé une plus grande liberté de parole et j'ai pu m'adapter à leurs histoires et finalement recueillir plus de données.

5. Les non-dits

Les entretiens ont tous eu lieu au même endroit dans le bureau des médecins au centre d'addictologie, il s'agissait de patients que je voyais pour la 1^{ère} fois. Lors des entretiens je rentrais directement dans leur intimité, n'étant ni leur médecin traitant ni personnel du centre d'addictologie, certains patients ont peut-être pu se sentir gênés ce qui a pu inhiber certaines réponses surtout au début du questionnaire le temps que la relation s'installe. Cependant, j'ai senti les patients très à l'aise du fait du concept de la cure également qui met les patients en confiance qui prône le tutoiement et la bienveillance. Mon jeune âge a peut également aider les patients à parler plus librement.

Malgré ces biais, nous sommes tout de même arrivés à « saturation » et nous avons ainsi pu découvrir la singularité de la relation entre un consommateur régulier d'alcool et son médecin.

B. La force de l'étude

La principale force de cette étude est son originalité.

De nombreux travaux de recherche ont été effectués sur les ressentis et les opinions des médecins généralistes mais très peu auprès des patients.

Le fait de comprendre leurs ressentis et leurs attentes est certainement un des meilleurs moyens de repérer et de prendre en charge ce profil de patients.

Il existe des travaux quantitatifs qui se concentrent sur les niveaux de consommation, aux risques engendrés par l'utilisation de substances psychoactives et aux différentes méthodes de repérage et de prise en charge possibles mais pas d'études qui se recentrent sur le ressenti du consommateur d'alcool face à son médecin traitant.

C. La relation médecin- patient autour de la consommation d'alcool

1. Repérage de la consommation

a) *Qui a abordé le sujet et comment ?*

La majorité des patients a abordé le sujet de la dépendance avec leur médecin traitant.

En effet la plupart ne ressent pas de réel tabou à en parler, le sujet est abordé spontanément.

Certains n'ont pas eu d'autre choix que d'aborder le thème du trouble de l'usage à l'alcool en raison de plusieurs nécessités à savoir des contraintes par rapport au travail, besoin d'aide administrative pour remplir les papiers de cure.

Paul, chef d'entreprise a réalisé qu'il n'était pas seul et que sa dépendance pouvait faire affecter tous ses employés.

Marc avait été repris plusieurs fois par son patron lui disant que les week-ends étaient faits pour se reposer et qu'il devait se présenter au travail dans un état convenable.

Patricia et Joël ont uniquement demandé à leur médecin traitant de remplir les papiers de cure, même si l'abord de la question a été fait avec d'autres intervenants, les patients ont dû tout de même se confronter à leur médecin pour remplir les papiers de cure. Le médecin de Joël a été très positif mais n'a pas posé plus de questions et le médecin de Patricia est resté dans le silence à son grand étonnement.

Il avait été mis en avant des propos semblables à savoir le manque d'implication du médecin généraliste dans le parcours de soins soit 8% dans l'étude de l'ANPAA en 2002 (47). Ce résultat peut s'expliquer par le fait que les médecins eux-mêmes ressentent une certaine difficulté à

évoquer ce sujet avec leurs patients et se sentent parfois impuissants, et pas suffisamment formés (48)(49).

Deux patients racontent avoir été repérés par leur médecin. Sabrina raconte que son médecin lui a carrément posé la question du fait de sa dégradation physique et de l'odeur d'alcool qu'elle pouvait dégager en consultation, elle dit avoir été soulagée que son médecin lui pose la question.

Sébastien, lui demandait continuellement des arrêts de travail à son médecin traitant qui au bout d'un moment a refusé de les lui faire, il a d'ailleurs utilisé ces arrêts comme brèche pour poser les bonnes questions et l'orienter.

La plupart se considèrent eux même comme les principaux acteurs de la démarche de soins. D'autres ont eu besoin du soutien de leur famille pour aborder le sujet avec leur médecin. Patricia a demandé à son mari de l'accompagner ne pouvant y arriver seule. Cécilia, raconte que c'est sa mère qui a pris rendez-vous avec le médecin et que c'est elle qui a tout expliqué en ne lui donnant pas le choix.

Un grand nombre de médecins considéraient que leur rôle de médecin généraliste était le plus adapté dans ce genre de situations mais l'affinité entre le rôle ressenti et la pratique n'a pas l'air d'avoir fait ses preuves au niveau national pour le thème alcool(50) puisque les médecins estimaient que « c'est l'un des thèmes les plus compliqués à aborder malgré leur sentiment d'avoir tout à fait un rôle à jouer dans la prévention de l'alcoolisme » (36).

Il est bien établi que dans le trouble de l'usage à l'alcool, la prévention secondaire est bien moins efficace que la prévention primaire. La prévention secondaire va traiter une addiction déjà présente tandis que la prévention primaire va permettre au contraire d'éviter une transition vers une consommation problématique. Cette approche ne peut fonctionner que si le questionnement est systématique. Cette méthode est conseillée dans plusieurs pays, et également en France (51). Dans cette enquête, les patients ont rarement exprimé une telle démarche de la part de leur médecin traitant.

b) *Quand le sujet a été abordé ?*

Certains ont abordé le sujet très rapidement, cependant la plupart ont pris des années afin de pouvoir en parler même quand la relation médecin patient était bien établie.

Certains n'ont jamais parlé à leur médecin traitant mais à d'autres intervenants et ont dû revoir leur médecin traitant pour remplir les papiers de cure.

Lorsqu'on observe le résultat de ces entretiens on peut se demander si une fréquence accrue au repérage pourrait l'améliorer. Le *National Health Committee* Néo-Zélandais (ALAC 1999) propose « un repérage de l'usage d'alcool et de drogues illicites au moins tous les 3 ans pour chaque patient à partir de l'âge de 14 ans et à chaque consultation pour ceux qui présentent un risque d'usage problématique ». En France, les recommandations émises par la HAS en décembre 2014 (51) sont en faveur d'un repérage au moins annuel et « en cas de risque

situationnel : grossesse, précarité, conduite de véhicules, poste de sécurité, conditions de stress psychosocial (échec scolaire, examens, changement de travail, retraite, divorce, deuil, etc.) »

c) *Sujet évoqué ou approfondi ?*

Certains patients disent avoir envoyé des signaux et avoir demandé de l'aide indirectement et ne pas avoir été entendus.

Julie dit avoir parlé une fois de sa consommation racontant qu'elle buvait un peu plus que d'habitude, le médecin généraliste n'a pas à ce moment essayé d'évaluer la consommation ou n'a pas utilisé l'intervention brève, il est resté sur des bases d'hygiène et de diététique tout en sachant que la patiente passait par une épreuve difficile.

Joël, lui, dit qu'il répétait plusieurs fois les mêmes choses, qu'il était irritable et qu'au son de sa voix, son médecin aurait dû avoir un soupçon et éventuellement lui poser la question. Il utilise le propos « Il sait très bien comment un alcoolique fonctionne ».

Patricia, se plaignait à son médecin qu'elle ne mangeait plus qu'elle n'avait plus d'appétit, elle n'a pas apprécié le retour de son médecin qui lui a parlé comme à une petite fille lui disant qu'il fallait prendre un goûter. Elle dit avoir été déçue que le médecin n'ait pas remarqué sa détresse mais elle dit bien aussi avoir tout fait pour le cacher, propos un peu ambivalents.

Enfin Marc, lui dit qu'il était très mal dans sa peau et qu'il a l'impression que son médecin faisait semblant de ne pas le voir.

La plupart ont l'impression que le sujet a été survolé ou non approfondi. Un des participants à même fait ses recherches sur Internet et proposé au médecin généraliste comment il voulait se soigner. Le médecin a tout accepté.

Les patients dans les entretiens ne racontent à aucun moment l'utilisation d'outils comme des questionnaires (FACE, CAST ou CAGE).

En dehors des questionnaires, il existe des méthodes de repérage précoce et d'intervention brève efficaces pour diminuer la consommation d'alcool chez les personnes avec un trouble d'usage à l'alcool (52).

L'HAS explique ces recommandations sur le déroulement d'une intervention brève (51) :

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

Dans tous ces entretiens la seule chose qui a été faite chez certains patients, c'est l'orientation vers un spécialiste, c'est la seule notion d'intervention brève qui ressort de ces entretiens. Certains participants ont même alerté le médecin traitant sur des consommations plus régulières que d'habitude, il n'y pas eu de réévaluation de la consommation à posteriori et aucune consultation approfondie sur l'anorexie, l'irritabilité, le mal être, l'insomnie toutes ces choses qui en creusant auraient pu alerter le médecin traitant.

d) Le rôle du médecin traitant

Le médecin généraliste occupe une place primordiale dans le parcours de soins de première ligne et particulièrement dans le repérage et la prise en charge des consommateurs de substances psychoactives (53).

Par ailleurs le rôle du médecin généraliste est aussi d'orienter le patient vers des structures adaptées, il collecte les différentes informations et met en place un suivi adapté. « Dr Vesproumis, médecin coordinateur des « consultations jeunes consommateurs » à Saint Brieuc (54)(55) explique que les consultations sont uniques dans 70% des cas ».

Il est important alors de prendre conscience de l'importance de la relation entre le consommateur et le médecin qui se crée avec le temps. La plupart ont été orientés comme il se devrait, et la relation de confiance et unique a été mise en avant de manière récurrente.

e) Les autres intervenants

Certains n'ont pas osé parler à leur médecin généraliste mais ont pu se confier à d'autres intervenants.

Julie n'était pas prête à aborder le sujet avec son médecin traitant, lors de sa visite médicale à la médecine du travail, c'est à ce moment qu'elle a pu parler de son trouble d'usage à l'alcool d'elle-même. Elle a par la suite été orientée vers un CSAPA dans sa région. Elle a revu son médecin traitant uniquement pour ses papiers de cure.

Joël lui a fait plusieurs pancréatites alcooliques et n'a pas donc pas eu le choix d'en parler à son gastro-entérologue qui l'a également orienté et qui le suit activement. Il reverra son médecin traitant également pour ses papiers de cure.

Patricia n'osait pas à parler à son médecin traitant par manque d'affinité et par peur de jugement, avec l'aide de son mari, elle a accepté d'aller voir une psychiatre. Patricia précisera bien que le fait d'être face à « une femme » et pas face à « son médecin traitant » qu'elle redoutait, elle a pu parler de son problème d'alcoololo dépendance.

Ce que l'on peut retenir, c'est que la plupart des patients en parlent spontanément à leur médecin traitant mais très souvent tardivement quand la dépendance est déjà bien installée. Si la question était posée par le médecin généraliste car c'est lui qui est le mieux positionné et accessible pour aborder ce sujet, peut être que plus de consommateurs auraient pu être repérés suffisamment tôt. Il faut quand même noter que la plupart d'entre eux décrivent une très bonne relation de confiance, établie et facile. Il est connu que le médecin généraliste ne dispose pas de beaucoup de temps mais les contacts répétés avec les patients peuvent l'aider dans la durée à obtenir des informations. Une fois que la brèche est ouverte le patient peut disposer d'un temps, d'un moment à lui pour dialoguer. C'est ce rôle et cette place privilégiée que le médecin traitant doit interpréter tout au long de ses consultations.

2. Motivations et freins

a. La motivation

La consommation d'alcool n'est pas sans risque et sans conséquences, d'où le souhait des patients d'en parler à leur médecin traitant. Premièrement de nombreux patients ont la perception des risques des effets de l'alcool sur leur santé et se sentent à un point dépassé, la préoccupation sur la santé constitue leur principale motivation. D'autres sont en demande d'aide de leur médecin, se rendant compte qu'ils n'arrivent pas à s'en sortir seuls. Pour finir, les enfants restent un des principaux moteurs chez ce profils de patients.

b. La relation de confiance

Avant toute volonté de la part des patients de parler, il est important qu'une relation de confiance soit établie. La relation de confiance entre la patient consommateur et le médecin traitant reste le pilier à un éventuel repérage. « Pour que le dialogue soit constructif, il est indispensable d'avoir mis en place une relation de confiance avec le patient » (54).

Le médecin et le patient se connaissent très bien mutuellement ce qui facilite le dialogue, il s'agit souvent de relations de longue date. L'honnêteté reste également la clé de la part du consommateur afin que le médecin puisse le prendre en charge au mieux.

Certains parlent d'une proximité avec leur médecin traitant et d'une transparence pérenne, d'autres ont même hésité à prononcer le mot amitié. Et enfin la notion de respect permet d'enrichir encore plus cette relation. Les patients le disent sans retenue, sans cette relation de confiance le sujet de la dépendance n'aurait jamais pu être abordé.

Établir une relation et la notion de confiance sont donc les principales clés exprimées par les consommateurs.

c. Les freins des consommateurs

Peur du jugement

Les patients expriment bien qu'ils appréhendent de parler à leur médecin traitant car ils ont peur d'être jugé, les réactions et réflexions de leur entourage ainsi que les critiques accentuent cette crainte.

En effet, dans une étude de 2003 (56); il a été prouvé qu'uniquement 7% des Français ayant rendu visite à leur médecin généraliste au cours de l'année avaient eu une conversation sur l'alcool.

L'abord de l'alcool en médecine générale n'est donc pas systématique. Il a lieu en général lorsque les troubles liés à l'alcool sont déjà installés de manière plus ou moins importante (57).

Les patients constatent que dans la société, les consommateurs d'alcool sont stigmatisés, l'alcoolisme n'est pas reconnu comme une maladie à part entière. Personne ne naît d'un stigmate, il est le produit d'une construction sociale bien déterminée (58).

La honte

Il est également très souvent mentionné le sentiment de honte toujours en rapport avec le regard social mais pour certains même la peur de décevoir leur médecin traitant. Pour d'autres, le fait d'être d'une femme rendait la chose encore plus difficile car une femme avec une dépendance à l'alcool va être toujours jugée plus violemment qu'un homme.

D'une manière générale, la représentation de l'alcoolisme féminin est plus négative que la représentation de l'alcoolisme masculin. Il apparaît que dans les sociétés occidentales, la consommation d'alcool par les femmes est depuis l'Antiquité associée à l'immoralité (22).

Manques de connaissances

Il apparaît un autre aspect très important évoqué dans les freins à savoir le manque de connaissances du médecin. La plupart n'utilise pas les outils mis en place au repérage de la consommation d'alcool (59)(60)(61).

Une étude publiée en 2006 révèle que 93% des 2301 médecins généralistes ayant répondu à un auto-questionnaire souhaitaient améliorer leur formation en alcoologie (61). Il semble exister un immense décalage entre le rôle incombant aux médecins généralistes dans la prise en charge des patients présentant un trouble d'usage à l'alcool et la formation qui leur est dispensée.

Capacités limitées de prise en charge

La capacité limitée de prise en charge est exprimée de manière récurrente. Pour les consommateurs, l'aide au sevrage par le médecin généraliste est difficilement réalisable. Très souvent le médecin généraliste oriente vers des spécialistes ou dispose de peu de traitements comme les anxiolytiques ou des médicaments du sevrage alcoolique (Esperal, Revia, Baclofène). Toutefois les partenaires de santé (addictologues, psychologues) sont considérés comme peu disponibles (62)(63). Souvent le médecin généraliste est prêt à prendre en charge le patient alcoolo-dépendant mais pas seul (59)(64).

Manque de temps du médecin

Les patients mettent en avant dans cette étude le manque de temps du médecin mais très souvent avec bienveillance en pointant du doigt le système ou en disant que ce n'est pas le rôle du médecin généraliste.

Inévitablement la consultation primaire de repérage et prise en charge nécessite du temps, il y a de nombreuses choses à prendre en compte notamment l'évaluation des quantités de la dépendance et la mise en place d'un protocole de soins.

Les médecins généralistes aimeraient une revalorisation de la consultation addictologique (59)(65).

Dans une étude de O Kandel et JN (45) il est expliqué que la gestion du temps devait être optimisée par le médecin traitant. Il faudrait ne pas se résigner à vouloir soigner une pathologie dans un temps très court imparti à chaque consultation avec un examen clinique et une prescription.

Il faut fixer avec le patient des consultations régulières avec des objectifs à chaque fois et avancer petit à petit (29).

La durée moyenne d'une consultation en médecine générale durerait en moyenne 16 minutes selon une étude de la Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) (66).

« L'alcool n'est souvent pas le motif pour lequel le patient consulte. Il s'agit d'un motif supplémentaire que le médecin doit aborder sans que le patient en fasse la demande. Ainsi, il est tout à fait compréhensible que les médecins perçoivent le temps comme un frein majeur » (57).

Discours moralisateur

L'expérience d'un discours moralisateur du médecin peut provoquer une mise en défensive par le patient. Ce concept renvoie à une position paternaliste du médecin : Il est mal vu d'étaler son savoir et de rester ferme dans des extrêmes en diabolisant les effets négatifs de l'alcool sans se substituer au patient. Une telle approche sera redoutablement un échec : le patient n'est pas écouté, le médecin n'est pas entendu. C'est le constat de certains patients qui regrettent un manque d'écoute de la part du médecin, locuteur plutôt qu'auditeur (55).

La relation médecin patient ambivalente

Quand certains revendiquent une relation de confiance équilibrée et établie d'autres sont mitigés sur le fait qu'ils connaissent justement trop bien leur médecin généraliste. Une patiente raconte que du fait qu'elle connaît son médecin traitant depuis toute petite, elle ressentait de la honte, de ce fait, elle a eu du mal aborder le sujet avec lui.

Une autre participante exprimait que son médecin la connaît comme une femme diplômée et venant d'une famille de notables. Par ailleurs, son père pharmacien était donc très proche de son médecin, ce qui a créé un frein à aborder la question de l'alcool. Une autre patiente raconte qu'elle avait peur que son médecin traitant la juge en tant que mère alcoolique du simple fait qu'elle consulte souvent son médecin pour ses enfants.

La confiance envers son médecin traitant, la bonne entente, l'opinion favorable, le respect et une relation équilibrée sont des piliers phare au repérage et à la bonne prise en charge par le médecin traitant mais cette tendance peut s'inverser très vite quand le consommateur devient trop proche quand la relation est trop ancienne ou quand le patient a cerné la personnalité et les convictions de son médecin. Trop d'interrogations se posent et la facilité censée exister devient difficulté.

3. Les attentes en termes de prise en charge

A travers les entretiens, les attentes des patients consommateurs se font nettement ressentir. Certains ont une idée exacte de ce qu'ils souhaiteraient de la part du médecin traitant, d'autres ne savent pas trop quelles seraient leurs attentes mais une chose est sûre une attitude et une action adaptées sont désirées par le patient.

La 1^{ère} attente de la part du consommateur est une posture clinique adaptée de la part du médecin.

Il est entendu par ce terme un relationnel et une approche douce et surtout de la réassurance. Le patient lorsqu'il se sent enfin en confiance pour aborder ce sujet difficile à son sens devient exigeant quant à la réponse de son interlocuteur.

Les thèmes qui reviennent le plus souvent sont l'écoute, la bienveillance, du temps et de l'empathie.

Une position adaptée est l'ouverture au dialogue.

Le patient souhaite en tout premier lieu être écouté, car bien souvent même quand on a une capacité limitée de prise en charge l'écoute à elle seule contribue fortement aux attentes du consommateur.

L'écoute et une approche empathique rassurent déjà le patient et l'installent dans une bonne dynamique pour la suite du dialogue.

La première chose qui ressort lorsqu'il a été évoqué les freins des consommateurs à aborder le sujet du trouble de l'usage à l'alcool était la peur d'être jugé.

Il est primordial que le médecin traitant déstigmatise la consommation pour arriver à obtenir davantage de confiance de la part du patient et donc de dialogue.

Dans la revue de la littérature de C.Laporte (67), ce point est mis en avant « le médecin doit adopter une posture d'expert de santé et faire abstraction de ses représentations et du débat sociétal sur la manière d'aborder ce produit. »

Après avoir été écouté, et avoir ressenti une réelle investigation adaptée de la part du médecin généraliste, le patient a des attentes plus concrètes.

a) *Accompagner, Orienter.*

Il est primordial de positionner le patient au centre des décisions, c'est la démarche centrée sur le patient (68).

L'HAS a publié en 2015 un document pour rappeler les différentes étapes de cette approche (69).

Cette démarche repose sur une relation de partenariat, d'alliance thérapeutique. Elle est personnalisée et adaptée à chaque patient selon ses désirs. Cette démarche a pu montrer son efficacité (70).

b) *Aider les patients*

Le médecin généraliste est souvent le premier acteur de santé dans l'aide au sevrage d'un patient consommateur.

Le médecin traitant participe à toutes les étapes du processus de guérison à savoir la préparation le sevrage et la consolidation.

c) *L'entretien motivationnel*

Le premier outil pour un médecin généraliste afin d'aider le patient est l'entretien motivationnel dans le but de motiver le consommateur dans sa démarche et de le questionner sur les freins ses craintes ou hésitations. Comme le stipule la Théorie par Prochaska et DiClemente, (Annexe 4) l'entretien motivationnel a pour but de favoriser le développement de la motivation chez le patient. Cette technique serait le meilleur facteur pronostic du traitement de l'addiction (71).

« L'entretien motivationnel est une méthode efficace, démontrée, qui permet un changement d'attitude chez le patient en le rendant acteur du changement, ne subissant plus autant son mal, et chez le soignant en le débarrassant de son sentiment d'impuissance, source de déception et d'épuisement professionnel » (72).

d) *Les thérapies interpersonnelles comportementales et cognitives*

En deuxième intention les thérapies interpersonnelles comportementales et cognitives peuvent être très utiles. La TCC n'a pas comme objectif principal de cesser l'addiction au produit concerné. Il est question également pour le psychothérapeute de mettre en lumière quels sont les facteurs déclenchants à la consommation du produit et bien évidemment les causes amplifiant la dépendance.

Cette technique est efficace car elle se base sur les pensées du sujet et sur la façon dont elles l'influencent quotidiennement, le thérapeute peut ensuite chercher à les modifier et changer le comportement qui en découle (73).

Ces thérapies sont réalisées par le psychiatre ou psychologue.

Ces approches ne sont pas à la portée du médecin généraliste à condition d'avoir fait une formation complémentaire, il est par contre d'une grande utilité d'en connaître l'existence afin d'aider les patients consommateurs quand l'opportunité se présente.

e) *Le traitement médicamenteux*

En revanche un dernier point qui reste potentiellement à leur portée est le traitement médicamenteux possible en sevrage ambulatoire.

Il est recommandé de proposer le sevrage ambulatoire en première intention car le consommateur peut poursuivre son activité professionnelle et garder un contact familial et social.

Le sevrage ambulatoire repose sur plusieurs points :

L'information au patient, l'explication au patient, il est préférable qu'une tierce personne puisse être présente et enfin l'hydratation (1,5 à 2 L par jour).

Les benzodiazépines sont aujourd'hui le traitement de première intention dans le sevrage alcoolique (74).

Un traitement par benzodiazépines fait passer de 10 % à moins de 2 % la fréquence des accidents de manque et reste le traitement de choix. On utilise préférentiellement des benzodiazépines à demi-vie longue *per os* (diazépam, par exemple) (75).

Il est recommandé de répartir les doses fixes sur 24 heures : on utilise par fois deux à quatre comprimés de 10 mg par jour pendant deux à trois jours puis réduction en quatre à sept jours et

arrêt. Il est possible également de débiter à 60 mg par jour et de diminuer d'un comprimé par jour jusqu'à l'arrêt. Une difficulté à la réduction signifie qu'il y a une dépendance des benzodiazépines associée à la dépendance à l'alcool (74).

Autres classes thérapeutiques

Trois médicaments ont à ce jour une AMM officielle dans le maintien de l'abstinence chez le consommateur d'alcool.

L'**Acamprosate (AOTAL)** et le **Naltrexone (REVIA)** qui sont utilisés en traitement de première intention à débiter dès l'arrêt de la consommation d'alcool afin de diminuer les risques de rechutes.

Le **Naltrexone** est par contre contre-indiqué chez les patients dépendants aux opiacés.

Le **Disulfirame (ESPERAL)** reste un traitement de deuxième intention qui présente certaines contre-indications et qui est administré aux patients ayant eu des échecs aux autres traitements (76).

Baclocur® (baclofène) peut être prescrit en traitement de dernier recours chez les patients alcoolo-dépendants ayant une consommation d'alcool à risque élevé (consommation d'alcool > 60 grammes/jour pour les hommes ou > 40 grammes/jour pour les femmes) (77).

Le **Baclofène** bénéficie d'un statut particulier. « Cet ancien traitement (commercialisé en 1974 comme traitement de contractures d'origine neurologique), agoniste des récepteurs GABA-B, n'a pas d'AMM dans le traitement de la dépendance à l'alcool. Cependant, sa prescription dans cette dernière indication s'est progressivement installée en France dans les suites du bruit médiatique provoqué par la parution de l'ouvrage (« Le dernier verre ») d'un médecin s'étant auto-traité par ce médicament, le Dr Ameisen (76).

Nalmefene (SELINCRO)

Le Nalmefene qui est un autre antagoniste des récepteurs opiacés prometteur devrait rapidement bénéficier d'une AMM dans le traitement de la dépendance alcoolique en France.

f) Orienter

Le dernier point, de très nombreuses fois mis en avant dans cette étude est l'orientation vers un spécialiste compte tenu de la capacité limitée de la prise en charge par le médecin traitant.

Malgré le manque de connaissances, les patients sont très compréhensifs et alertes à ce sujet mais attendent cependant une orientation vers les spécialistes adaptés.

Cet automatisme n'est à priori pas très bien intégré dans les pratiques du médecin généraliste.

Une étude confirme que les patients adressés (surtout jeunes consommateurs) par leur médecin représentent moins de 5% de l'activité de ces structures (78).

L'HAS recommande (51) aux professionnels de santé d'accompagner le consommateur dans la durée, et de proposer une consultation type entretien motivationnel ou consultation en addictologie « en cas de reprise de la consommation, de survenue de dommages ou de dépendance ».

L'AFSSAPS, établit le rôle du médecin généraliste en tant que premier interlocuteur dans la prise en charge du sevrage. Elle préconise en cas d'insuccès de prise en charge de 1^{ere} intention une orientation spécialisée en addictologie (79).

La formation adaptée certes est nécessaire mais l'efficacité de la prise en charge de ce profil de patients repose dans le travail d'équipe et le partenariat réel (80).

Les centres d'addictologie locaux sont connus des médecins généralistes surtout par les plus expérimentés. Malgré tout, une majorité exprime une complexité du réseau d'addictologie et également les difficultés à communiquer particulièrement pour obtenir un interlocuteur rapidement ou pour le retour des comptes rendu de consultation.

Ces difficultés ont aussi été abordées dans d'autres travaux de recherche (57). De nombreux généralistes voudraient améliorer la collaboration avec les structures d'addictologie et avoir une communication plus fluide.

4. Les suggestions

Dans cette étude il a été très intéressant de rechercher finalement quelles seraient les suggestions des patients pour améliorer le repérage en consultation de médecine générale.

Leur vision pourrait vraiment nous aider à comprendre leur type de fonctionnement et quelles méthodes seraient efficaces pour les repérer.

Ils ont soumis plusieurs idées intéressantes. De manière un peu globale ils proposent :

- La mise en place d'un questionnaire
- Des campagnes d'informations
- Des prises de sang
- Interroger sur le sommeil et le côté dépressif
- Souffler dans un Ethylotest

a) *La mise en place d'un questionnaire systématique*

De nombreux questionnaires existent déjà pour évaluer la consommation d'alcool chez un patient comme le questionnaire FACE ou AUDIT. Ces questionnaires sont utiles quand le sujet du trouble de l'usage à l'alcool est bien abordé avec le patient et servira au médecin pour mettre en place un sevrage ou un suivi.

Cependant les patients parlent d'un petit questionnaire rapide à demander dès lors que le médecin traitant consulte un nouveau patient. Pour nombreux d'entre eux les questions sur le tabac de première consultation se font sans problème donc pourquoi pas des interrogations de routine sur la consommation d'alcool.

Cependant il subsiste encore des réticences chez les médecins à aborder le problème des addictions, et principalement celui de l'alcool qui reste un sujet tabou en France. (59) « Ils se sentent peu à l'aise pour poser des questions aux consommateurs à problèmes et ont peur que leurs patients ne s'indignent de leurs questions » (81).

Pour comprendre ce processus, on a représenté chez les soignants des réactions conscientes ou préconscientes provoquées par un consommateur et nommées « contre-attitudes » (82). Ces contre-attitudes, qu'elles soient positives (fascination, connivence) ou négatives (dégout, colère, ennui, inquisition, peur, dépression) sont récurrentes et représentent le ressenti du soignant lorsqu'il rencontre un patient ; ressenti qui n'est jamais neutre. Le fait d'ignorer ces contre-attitudes peut-être à l'origine d'un « aveuglement » du praticien, ce qui entraîne un déni de l'existence de problèmes vis-à-vis de la consommation d'alcool (81)(82).

Pour finir, se pencher sur le trouble de l'usage à l'alcool lors d'une consultation de routine lorsqu'il n'y a pas de demande de la part du patient signifie pour le professionnel qu'il va de son propre chef au-delà du questionnement que se pose le consommateur. Cette approche n'est pas celle adaptée dans le cas d'un trouble de l'usage à l'alcool et peut créer de nombreux obstacles.

b) Campagnes d'information

Dans cette étude de nombreux patients disent être non ou pas suffisamment informés, certains suggèrent des campagnes informatives plus présentes afin que les consommateurs se posent des questions et soient sensibilisés sur le sujet. En conséquence, ils pourraient être amenés à poser des questions à leur médecin traitant ou en parler ce qui ouvrirait une brèche au repérage. L'objectif d'une campagne comme celle de du 26 mars 2019 est de diminuer la consommation d'alcool en offrant plus d'informations aux français sur les effets négatifs de l'alcool à moyen et long terme et en informant sur les nouveaux repères de consommation à moindre risque (2).

c) Les prises de sang

Certains patients proposent comme outil de dépistage les prises de sang.

Les analyses de sang peuvent être utiles pour repérer une consommation excessive d'alcool et une atteinte hépatique. Cependant, ces contrôles sanguins ont une faible sensibilité, il est nécessaire de les utiliser que pour confirmer les soupçons de problèmes de trouble d'usage à l'alcool et non comme moyen de dépistage.

La biologie peut être normale dans les débuts d'une dépendance ou en fonction du métabolisme du patient ou compte tenu du type d'alcool qu'il consomme ou à la fréquence à laquelle il le consomme.

La prise de sang sera plus utile dans une prise en charge confirmée et dans un contrôle à long terme avec des diminutions de valeurs (gamma GT ou si atteinte hépatique diminution des transaminases « preuves tangibles » pour motiver le patient dans son sevrage.

d) *L'éthylotest*

Une patiente a suggéré l'accès aux Ethylotest mais plutôt pour prendre conscience des consommations que pour outil de repérage. Elle proposait des Ethylotest à l'entrée des supermarchés ou chez le médecin généraliste car selon elle, les consommateurs n'ont pas conscience des quantités ingérées.

Il serait aberrant et inutile de faire souffler des patients à l'éthylotest de manière aléatoire chez le médecin généraliste et même si certains soupçons existent chez certains patients. Cette méthode serait agressive et non adaptée.

Cependant l'article R 4228-20 du code du travail stipule qu'aucune boisson alcoolisée est autorisée sur le lieu du travail excepté le cidre le vin la bière et le poiré.

Les entreprises sont dans la possibilité de mettre en place dans leurs locaux des tests d'alcoolémie ou d'addictologie mais de manière très encadrée tout en respectant le respect des libertés fondamentales. « L'employeur doit encadrer les opérations de dépistage afin de prévenir toute atteinte disproportionnée aux libertés individuelles des salariés » (83).

Il y a aussi dans certains magasins de consommation des Ethylotest présent aux caisses, l'accès à celui-ci devient de plus en plus banalisé et facile.

e) *Evaluer les troubles de l'humeur et l'insomnie*

Insomnie et alcool

Beaucoup de consommateurs utilisent l'alcool comme un somnifère environ 10%. En effet l'alcool peut aider à l'endormissement lorsqu'il est consommé de manière occasionnelle. Les personnes consommant de manière chronique ne retrouveront plus cet effet. Il y aura donc un processus inverse qui se fera, celui-ci engendra l'insomnie. Le sommeil n'est plus réparateur et le sommeil paradoxal est perturbé (partie du sommeil où l'on est censé rêver et trier tous les événements de la journée, moment important à notre mémoire). Ce manque de sommeil provoque alors une asthénie continue et donc une durée de temps plus importante passée au lit. Le pourcentage de consommateurs avec des troubles du sommeil est de 50% (84).

Interroger les patients sur une éventuelle consommation d'alcool lorsqu'ils expriment donc une insomnie ou des troubles du sommeil pourrait aider au repérage du trouble de l'usage à l'alcool.

Dépression et alcool

D'autres consommateurs utilisent également l'alcool comme anti dépresseur. Bien souvent après un traumatisme ou un événement de vie difficile certaines personnes rentrent en dépression. A ce moment le produit peut être utilisé comme une béquille pour surmonter les épreuves. L'alcool est perçu comme un anesthésiant d'émotions et aide à oublier.

Mais dans un autre sens, il a été constaté que l'alcool peut entraîner également la dépression. Près de 50 à 70% des alcoolo-dépendants ont les critères pour un trouble psychiatrique majeur (85).

Une étude montre que 40% d'entre-eux sont déprimés au moment de l'entrée en traitement, mais 4 semaines après un sevrage hospitalier ce taux chute à 4% sans antidépresseur (86).

Il est donc très important de faire la différence entre les troubles induits par l'alcool et les problèmes psychiatriques indépendants à cette consommation.

Pour le pronostic et le traitement cette distinction est très importante, car si les symptômes psychiatriques sont apparus en période de consommation ou de sevrage, ils vont régresser pour la plupart sur une période de 4 à 6 semaines d'abstinence (87).

Il serait intéressant donc également pour le médecin généraliste, intéressant mais fastidieux d'interroger les patients sur d'éventuelles consommations lorsqu'une dépression est existante. Il y a un lien très complexe mais marqué entre l'alcool l'insomnie et la dépression ainsi que l'anxiété.

5. Les raisons de consommer et les effets subis

Il est important de s'intéresser aux effets recherchés par les consommateurs qui leur apportent satisfaction pour mieux les comprendre. La conduite addictive est une pratique sociale. Il est donc important de s'imprégner de leurs discours pour améliorer l'efficacité du repérage par le médecin généraliste. Le Baromètre de santé 2009 (50) effectué auprès des médecins généralistes révèle qu'ils sont un grand nombre à penser « qu'analyser les motivations de l'usage et comprendre le sens qu'il revêt pour les usagers » est nécessaire pour « apporter une information et une prise en charge adaptée ». L'intérêt de ce travail était également d'explorer ces motivations.

Plusieurs effets sont recherchés chez les consommateurs à travers le produit.

a) *Effets recherchés*

L'effet anxiolytique

Tout d'abord l'effet anxiolytique, il faut savoir que près de un français sur cinq se sent quasiment toujours stressé (19 %) soit près de 10 millions de personnes en France (88).

Le produit est donc utilisé dans toute situation de stress que ce soit du stress dû au travail aux problèmes personnels ou tout simplement dans l'anxiété chronique parfois même accentuée par la consommation.

Certains patients parlent également de moyen de décompression, de plaisir, de se sentir plus légers et dans une ambiance de quiétude, ou de prendre du bon temps après le travail, là encore à travers ce moment de décompression l'effet anxiolytique intervient à nouveau. Nous voyons le lien avec le travail, l'alcool qui soigne et permet la récupération (89).

L'effet anxiolytique est tellement présent qu'il intervient même dans l'insomnie, le produit est très souvent utilisé par les consommateurs par de son effet psychotrope comme un somnifère.

L'aspect social

Par la suite, les consommateurs mentionnent l'aspect social, certains disent avoir commencé à consommer de manière festive dans les soirées ou avec des amis et que très vite le manque physique et l'habitude se sont installés.

D'autres racontent avoir consommé à la recherche d'une désinhibition, dans des moments de timidité de manque de confiance en soi de complexe d'infériorité.

Il a été mentionné également les chocs émotionnels plus précisément la séparation non voulue, à savoir la perte d'un proche très cher ou une séparation amoureuse ou encore une retraite mal préparée (séparation avec le travail).

Les sentiments négatifs ont été la cause la plus citée dans cette étude, la contrariété, la tristesse tout ce qui apporte de la négativité est une raison de consommer pour ce profil de patients.

Pour finir, la solitude et l'ennui sont des moteurs très fréquents à la consommation, le produit est perçu comme un compagnon ou comme une aide à accélérer le temps qui passe.

En observant les entretiens, il est clairement vu que boire est à la fois un anxiolytique un moment de partage. Le fait de consommer de l'alcool provoque du plaisir et devient une habitude, un automatisme dans la solitude et surtout est utilisé dans tout moment ou sentiment de négativité. Mais les raisons et les occasions de boire sont si hétérogènes qu'elles ne peuvent pas suffire à expliquer et comprendre le « boire » (90).

« Les motivations sont davantage sociales et les risques sanitaires sont mis au second plan » (91).

Dans cette analyse, les patients recherchent l'effet psychotrope a minima pour se détendre, parler, se faire plaisir mais ne disent pas rechercher l'ivresse pour l'ivresse.

b) Les effets subis

Les conséquences physiques

A travers les entretiens de cette étude, sans aucun doute les consommateurs sont bien conscients des risques et de la dégradation physique et psychique que l'alcool peut créer chez eux. Le terme « soumission » est exact, ils savent et connaissent pour la plupart à quels dommages ils se vouent mais l'addiction « l'envie de boire » est plus forte.

Le fait d'aborder les dangers et les risques n'a pas été difficile pour les consommateurs, ils ont abordé ce sujet sans tabou et y répondu avec une réelle conviction.

Les risques de l'alcoolisme chronique ont plus souvent été abordés que l'alcoolisme aigu.

Ils décrivent de manière récurrente les tremblements, les sueurs, conséquences plutôt liées aux effets de manque. Les mauvaises expériences comme les chutes ou la peur d'être seul après

avoir ingéré une grande quantité d'alcool sont aussi racontées. Un des participants disait aussi se faire peur à lui-même quand sous l'emprise de l'alcool, il a pu être violent et effrayer sa conjointe.

Parmi les conséquences liées à la dépendance chronique, certains parlent d'insomnie ou à l'inverse d'asthénie chronique dû au fait que leur sommeil n'est pas réparateur. L'alcool a un réel impact sur les troubles du sommeil chez les consommateurs.

D'autres ont plutôt énuméré les maladies résultantes de ce trouble d'usage d'alcool : les cancers, les maladies cardio-vasculaires, les atteintes hépatiques.

Dans ce corpus, les femmes s'interrogent beaucoup sur l'apparence physique, la prise de poids essentiellement au niveau de l'abdomen ou le teint avec les cernes et le visage gonflé.

L'anorexie a également été une conséquence nettement remarquée associée à des troubles digestifs et un inconfort permanent.

Pour finir, certains se confient sur la mort, ils sont conscients que la mort peut arriver de manière très brutale tout comme elle peut survenir à long terme.

Les conséquences psychiques et sociales

Elles sont très souvent exprimées par les consommateurs, la difficulté à se concentrer que ce soit au travail ou dans la vie quotidienne, certains racontent même avoir perdu leur travail par manque de concentration.

D'autres parlent même « d'un cerveau éteint ». Il n'a pas été évoqué dans les entretiens de troubles de la mémoire ou de troubles cognitifs mais ce sont des conséquences connues chez les patients qui consomment depuis longtemps.

Au niveau social, les participants disent bien qu'il s'agit « d'un cercle vicieux », ils commencent par consommer de manière festive avec d'autres personnes et plus la dépendance prend la place plus ils se retrouvent seuls et se renferment sur eux même se coupant complètement du reste du monde. Certains qualifient la bouteille de « copine ». La perte d'un travail puis la perte de contact social amène vraiment de nombreux patients à se retrouver complètement seuls et isolés du système médical.

6. La relation médecin patient de façon globale

La plupart des participants expriment vraiment une très bonne relation avec leur médecin traitant. Ils consultent tous leur médecin pour diverses raisons. A savoir, le renouvellement d'ordonnances, des certificats, les consultations pédiatriques, lors de grippe saisonnières ou contrôle de l'hypertension.

Certains disent même aller voir leur médecin traitant pour leur trouble d'usage à l'alcool et d'utiliser leur médecin généraliste comme psychologue lorsqu'ils ne vont pas bien et qu'ils désirent juste parler ou discuter. Concept très précieux de nos jours, connaissant le manque de temps des médecins généralistes.

A l'inverse il est constaté une certaine bienveillance de la part des consommateurs envers leurs médecins traitants. Certains disent ne pas vouloir abuser de leur temps et décident même soit d'écrire une liste pour aller plus vite ou ne parlent pas de leurs problèmes car estiment que le médecin généraliste n'est pas un psychologue.

La répétition des contacts avec le médecin a pu permettre à certains d'approfondir le sujet de l'alcool mais ce n'était pas le cas pour tous.

La plupart se sentent à l'aise et en confiance avec leur médecin traitant, certains sont même prêt à utiliser le mot « amitié ». Il n'a pas été souvent exprimé une réelle difficulté à consulter le médecin généraliste bien au contraire ils sont nombreux à n'avoir éprouvé aucune crainte à aborder la question du trouble de l'usage à l'alcool. Même les participants qui disent avoir eu une peur, une appréhension de manière plus générale du fait de consulter leur médecin affirment avoir été mis en confiance très rapidement.

La plupart ont une opinion très positive sur leur médecin généraliste, ils insistent sur la relation de confiance établie et pérenne. Ces arguments se rapprochent des études menées sur la population générale.

Un sondage effectué en 2014 auprès de 3560 français par le réseau social Carecity - « la première communauté de patients en ligne » - montrait que 96% des français faisaient confiance à leur médecin, et qu'ils étaient 78% à juger que leur médecin faisait preuve d'une grande écoute à leur égard (55).

La confiance et l'écoute étaient les qualités les plus fréquemment exprimées quand on questionnait les patients sur les bases de la relation médecin-patient dans l'enquête de l'institut Harris Interactive menée pour la fondation MACSF (92).

IX. Conclusion

Le trouble de l'usage à l'alcool est un sujet bien plus présent qu'on ne le pense en consultation de médecine générale.

L'alcool fait des ravages dans le monde entier chez les personnes âgées, les plus jeunes, les femmes et les hommes et cause de nombreux morts chaque année.

Malgré les luttes gouvernementales et les campagnes d'informations, le mésusage de l'alcool reste un sujet difficile à aborder.

Le médecin généraliste est au cœur du repérage, il est le premier acteur de soins que les consommateurs vont rencontrer.

Toute la subtilité est là, le médecin généraliste doit par son accessibilité repérer les consommateurs et les questionner tout en construisant une relation de confiance et pérenne.

Cependant il a été lu dans d'autres travaux que les médecins avaient eux aussi des difficultés à détecter et à accompagner ce profil de patients.

Dans cette étude qualitative, il a été judicieux de s'intéresser au vécu de 12 patients consommateurs d'alcool et de comprendre leur parcours du repérage jusqu'à la prise en charge avec leur médecin traitant.

Mais l'objectif a été également de mettre en lumière les freins et les motivations à aborder le thème de l'alcool en consultation et s'informer sur leurs attentes envers leur médecin traitant.

Les patients dans cette enquête ont mis en avant deux raisons uniques afin de se confier sur leur mésusage à l'alcool.

La première était de prendre conscience des risques sur leur santé et demander de l'aide. La deuxième était la relation de confiance avec leur médecin traitant.

Beaucoup ont attendu des années avant de parler ou n'ont jamais abordé le sujet.

Les freins les plus souvent exprimés étaient la peur d'être jugé, le sentiment de honte, le ressenti d'un manque d'écoute associé à des capacités restreintes de prise en charge et des connaissances médicales limitées.

Ceux qui ont parlé de leur consommation n'ont parfois pas réussi à dévoiler certains aspects de celle-ci notamment les quantités.

Nombreux d'entre eux expriment que si la question avait été posée, ils auraient pu en parler plutôt.

A travers cette étude, nous pouvons nous rendre compte également que les consommateurs ont de nombreuses attentes vis-à-vis de leur médecin.

Ils espèrent en tout premier lieu une attitude empathique et bienveillante adaptée basée sur l'écoute. Puis ils cherchent à être rassurés, déculpabilisés et compris.

Enfin, ils attendent de l'aide une orientation spécifique et un suivi rapproché.

Un parcours de soins de qualité est basé sur la confiance et l'honnêteté entre un consommateur et son médecin traitant.

La représentation de l'alcool chez ses patients est aussi importante car il y a un caractère ambivalent.

Au départ cette substance psychoactive soigne les maux, l'angoisse, le stress le deuil, la douleur, elle est utilisée comme une béquille pour supporter les épreuves de la vie. Il est important que le médecin généraliste se sensibilise sur ce sujet afin de pouvoir mieux comprendre les patients et les accompagner de manière plus adaptée.

A travers tous ces témoignages, il est frappant que le dialogue entre le patient alcoolo-dépendant et son médecin est le pilier, le commencement de tout processus de remise en question et de guérison. Mais cette relation est encore trop fragile dans les deux sens.

Il est crucial que le médecin généraliste reste objectif et ouvert d'esprit, qu'il poursuive des formations initiales ainsi que des formations professionnelles continues sur l'entretien motivationnel, sur les solutions de repérage et de prise en charge de l'alcool.

Une prise en compte notamment des comorbidités psychiatriques serait nécessaire afin de bien les orienter si elles existent. Un dépistage systématique de la consommation d'alcool avec une bonne connaissance et une mise en place de réseaux coordonnés entre pluridisciplinaires afin d'orienter au mieux le patient est essentielle.

X. Bibliographie

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. 2018. Disponible sur : <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241565639>
2. Ministère des Solidarités et de la Santé Campagne d'information sur l'alcool : lancement le 26 mars. [En ligne] 2019. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/priorite-prevention-rester-en-bonne-sante-tout-au-long-de-sa-vie-11031/priorite-prevention-les-actions-de-communication-2019/article/campagne-d-information-sur-l-alcool-lancement-le-26-mars>
3. Ministère des Solidarités et de la Santé. L'addiction à l'alcool. [En ligne] 2021. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/l-addiction-a-l-alcool>
4. LEGICOM. Loi no 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. 2007 ; N° 38(2) :79-79.
5. Société Française d'Alcoologie. Mésusage de l'alcool dépistage, diagnostic et traitement Recommandation de bonne pratique. 2015. 5-84 p.
6. Société médicale française d'hépatogastroentérologie et d'oncologie digestive. Consommation « excessive » d'alcool. 2019. Disponible sur: <https://www.snfge.org/content/consommation-excessive-dalcool>
7. Dr Thomas, M. Histoire et alcoolisme [En ligne] 2007. Disponible sur : <http://hepatoweb.com/Alcoolisme-historique.php>
8. Jovelin E, Oreskovic A. De l'alcoolisme à l'abstinence. Paris: éditions ASH; 2002. 166 p., bibliogr. (ash professionnels).
9. Turner C. How much alcohol is in a 'standard drink'? An analysis of 125 studies. Br J Addict. 1990 ;85(9) :1171-5.
10. Santé publique France. Quels sont les risques de la consommation d'alcool pour la santé ? [En ligne] Mis à jour le 04 juillet 2019. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/articles/quels-sont-les-risques-de-la-consommation-d-alcool-pour-la-sante>
11. Soraya Belgherbi, Carine Mutatayi, Christophe Palle. Les repères de consommation d'alcool : les standards mis en question. Note 2015-03. 8 sept 2015.
12. Société Française d'Alcoologie. Conduites d'alcoolisation. 2009.
13. World health organization. Usage nocif de l'alcool. Les maladies non transmissibles. [En ligne] Mis à jour en 2021. Disponible sur : <http://www.emro.who.int/fr/noncommunicable-diseases/causes/harmful-use-of-alcohol.html>

14. Zou Z, Wang H, d'Oleire Uquillas F, Wang X, Ding J et al. Definition of Substance and Non-substance Addiction. *Adv Exp Med Biol.* 2017;1010 :21-41.
15. Goodman A. Addiction: definition and implications. *Br J Addict.* 1990;85(11):1403-8.
16. Klingemann H. L'alcool et ses conséquences sociales : la dimension oubliée :16.
17. Bonaldi C, Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. *Bull Epidémiol Hebd.* 2019 ; (5-6) : 97-108
18. Rastelli S. Chapitre 3. La solitude de l'alcoolique. La solitude de l'abstiné [En ligne]. De Boeck Supérieur ; 2014.
Disponible sur : <https://www.cairn.info/sortir-l-alcoolique-de-son-isolement--9782804163853-page-53.htm>
19. Santé publique France. Alcool : les conséquences sur la santé à long terme [En ligne]. 2018.
Disponible sur : <https://www.sante.fr/alcool-les-consequences-sur-la-sante-long-terme>
20. World Cancer Research Fund International. Breast cancer | [En ligne]. 2017.
Disponible sur : <https://www.wcrf.org/dietandcancer/breast-cancer/>
21. Allain Émilie. L'abord de l'alcool en médecine générale, de l'usage au trouble : déroulement et expériences au travers d'une enquête qualitative : 92p. Thèse: Médecine. Caen. 2020
22. Falcheri J.P. Alcool et comorbidités psychiatriques pour le praticien. *Revue médicale suisse.* 2011;1660-9379
23. CTAH-Recherche, addiction [En ligne]. Disponible sur: <https://ctah.eu/addiction.php>
24. Szabo G, Saha B. Alcohol's Effect on Host Defense. *Alcohol Res Curr Rev.* 2015;37(2):159-70.
25. MAAD DIGITAL. Comment les substances psychoactives affectent l'immunité [En ligne].2020.
Disponible sur : <https://www.maad-digital.fr/en-bref/comment-les-substances-psychoactives-affectent-limmunité>
26. Santé publique France. Baromètre santé 2017. Alcool et tabac. Consommation d'alcool et de tabac pendant la grossesse. [En ligne].
Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/import/barometre-sante-2017.-alcool-et-tabac.-consommation-d-alcool-et-de-tabac-pendant-la-grossesse>
27. Dr Menecier D. Alcoolisme et grossesse et Syndrome alcoolisation foetal [En ligne]. Mis à jour le 23/10/2021.
Disponible sur : <http://hepatoweb.com/Alcool-et-Grossesse.php>
28. Kabamba AT, Shamashanga LK, Longanga AO, Lukumwena ZK. Prévalence de la prise d'alcool pendant la grossesse à Lubumbashi, République Démocratique du Congo. *Pan Afr Med J.* 11 juin 2014 ;18:135.

29. Alcool Info Service. « Zéro alcool pendant la grossesse », un message pour tous [En ligne]. Mis à jour le 08 septembre 2020
Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2020/zero-alcool-pendant-la-grossesse-un-message-pour-tous>
30. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé D. Alcool et grossesse, parlons-en. Guide à l'usage des professionnels. Paris : Ministère du travail, de l'emploi et la santé, 2011. :48 p.
31. Hache. P. Institut national de recherche et de sécurité. Alcool et Travail. 2015 déc.
32. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Baromètre santé 2010 [En ligne].
Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2010>
33. Service public.fr. Alcool au travail : quelles règles respecter ? [En ligne]. Mis à jour le 16 octobre 2020.
Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F32177>
34. Cyr C. Les intoxications sévères à l'alcool chez les jeunes. Paediatr Child Health. 2018 ;23(Suppl 1): e1.
35. Benec'h G, Basset B. Les ados et l'alcool: comprendre et agir. Rennes: Presses de l'École des hautes études en santé publique; 2019. (Fondamentaux).
36. Philip D. Jaffé et Michel Lachat. Adolescents et alcool, un cocktail détonant. De l'expérimentation à la désocialisation. 2011.
37. Observatoire français des toxicomanies. Alcool, tabac et cannabis en 2014, durant les « années collège » - Tendances 106; [En ligne] décembre 2015.
Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/alcool-tabac-et-cannabis-en-2014-durant-les-annees-college-tendances-106-decembre-2015/>
38. Kaynak Ö, Winters KC, Cacciola J, Kirby KC, Arria AM. Providing Alcohol for Underage Youth: What Messages Should We Be Sending Parents? J Stud Alcohol Drugs. juill 2014;75(4):590-605.
39. Lees B, Meredith LR, Kirkland AE, Bryant BE, Squeglia LM. Effect of alcohol use on the adolescent brain and behavior. Pharmacol Biochem Behav. mai 2020;192:172906.
40. Hopitaux universitaires de Genève. Probleme d'alcool; Services de médecine de premiers recours. 2010;18.
41. Sillanaukee p. Laboratory markers of alcohol abuse. 1 nov 1996 ;31(6):613-6.
42. LE ROY Gontran. Les troubles de l'usage de l'alcool en médecine générale : obstacles au repérage et représentations des médecins généralistes de la Somme. 78p. Thèse : Médecine. Picardie : 2017.

43. Santé publique France. Alcool et médecine générale : Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. [En ligne]. Disponible sur : /determinants-de-sante/alcool/alcool-et-medecine-generale-recommandations-cliniques-pour-le-reperage-precoce-et-les-interventions-breves
44. Bradley KA, DeBenedetti AF, Volk RJ, Williams EC, Frank D, Kivlahan DR. AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. Alcohol Clin Exp Res. juillet 2007;31(7):1208-17.
45. Kandel Olivier. Société Française de Médecine Générale : Le dépistage et la prise en charge des mésusages de l'alcool. Rev Prat Médecine Générale. 14 oct 2002 ;Tome 16(n°587):1408-1410p.
46. Richard JB, Andler R, Cogordan C, Spilka S, Nguyen-Thanh V, et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. Bull Epidémiol Hebd. 2019;(5-6) :89-97
47. Agence nationale de prévention en alcoologie et addictologie. Consultants des CCAA 2002. Paris: ANPAA; 2004. 42 p.
48. Gallois P, Emeriaud P, Charpentier J-M. Le problème « alcool » en médecine générale 2 301 réponses à un questionnaire d'auto-évaluation. Médecine. 1 sept 2006 ;2(7):320-4.
49. Nalpas (Bertrand), Lemaitre (Rémi), Dalbies (Pierre-Adrien), Monod (Pierre), Martin (Sandrine), et al. Attitudes et opinions des médecins libéraux sur l'alcoolisme : Une enquête en région Languedoc-Roussillon. Attitudes Opin Médecins Libéraux Sur Alcool Une Enq En Région Languedoc-Roussillon. 2003
50. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis : INPES éd.; 2011.
51. Haute Autorité de Santé. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte [En ligne]. 2021. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte
52. Milhet (Maitena), Diaz-gomez (Cristina). Alcoolisations excessives et médecine de ville : la promotion du Repérage Précoce et de l'Intervention Brève (RPIB). Alcool Excessives Médecine Ville Promot Repér Précoce Interv Brève RPIB. 2006
53. Pr Druais Pierre-Louis Frappé P, Certain MH, Combier M, Gay B. PP-L. La place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé. 2015 mars.
54. BERRIER.S. Comment prévenir les conduites addictives ? Bulletin d'information du conseil national de l'ordre des médecins. janv 2014;(33 22.7).
55. Mejean virginie. Représentations et ressentis des consommateurs de cannabis face à leur médecin.Thèse. Médecine. Lyon ; 2016.

56. Michaud.P, Fouillant.P, Gremy.I, Klein P. Alcool, tabac, drogue : le public fait confiance aux médecins. - La revue du praticien, médecine générale. 17(611): 605-8. 2003. Disponible sur: <https://bdspehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=284256>
57. Allain Émilie. L'abord de l'alcool en médecine générale, de l'usage au trouble : déroulement et expériences au travers d'une enquête qualitative. Thèse : Médecine. Caen ; 2020
58. Suissa JA, Lalart 708134 P. Alcoolisme et stigmatisation : repères sociohistoriques et importance des liens sociaux. Ecrire Soc. 28 juill 2020 ; N° 2(1):64-71.
59. C BJ, Gache P, Rueff B, Huas D, Bouix J. C. Parler d'alcool reste un sujet tabou. Connaissances, opinions et attitudes pratiques de médecins généralistes français concernant l'alcool. 2002. 1488-1492 p.
60. Michaud P, Bloedé F. Quelle place pour le médecin traitant dans le repérage des consommations de substances psychoactives ? [En débat]. Rev Prat - Monogr. oct 2017;(Tome 67, n°8):835-7.
61. Djengué A, Pham A-D, Kowalski V, Burri C. L'alcoologie et les futurs médecins généralistes français. Psychotropes. 20 avr 2017 ;Vol. 23(1):89-109.
62. Groppi Marion. Evaluation du ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge des problèmes d'alcool. Thèse. Médecine. Pierre et Marie Curie ; 2010.
63. Guyot Pauline. La représentation des patients alcoolodépendants chez les médecins généralistes. Thèse. Médecine. Lyon ;2018
64. Gallois P, Emeriaud P, Charpentier J-M. Le problème « alcool » en médecine générale. 2301 réponses à un questionnaire d'auto-évaluation-Vol 2 N°7, 2006, pages 320-324, 9réf
65. Fantino (B.), Fantino (F.), Dumont (C.), Nitenberg (C.), Delolme (H.). Pratiques préventives en médecine générale en région Rhône-Alpes. Prat Préventives En Médecine Générale En Région Rhône-Alpes. 2004
66. La durée des séances des médecins généralistes | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [En ligne] 2006; Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-duree-des-seances-des-medecins-generalistes>
67. C L, S H, Dupouy J, Kinouani S, Pautrat M, N A, et al. Médecins généralistes et cannabis en France : interroger les jeunes sur leur consommation ? exercer. 1 janv 2016 ; 125:120-9.
68. Delbecque juliette. L'accompagnement du patient présentant un trouble de l'usage d'alcool en médecine générale. Thèse. Médecine. Lille ; 2020.
69. HAS. Démarche centrée sur le patient Information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. Mai 2015

70. Barrio P, Gual A. Patient-centered care interventions for the management of alcohol use disorders: a systematic review of randomized controlled trials. *Patient Prefer Adherence*. 2016;10:1823-45.
71. Dr Neveux Nicolas. Traitement de l'addiction à l'alcool: quelles possibilités? [En ligne]. Psychiatre Paris TCC, TIP, EMDR. Mis à jour le 25 septembre 2021. Disponible sur : <https://e-psychiatrie.fr/situations-ou-appeler-a-laide/addiction-a-lalcool-tout-savoir/traitement-dependance-tcc-tip-entretien-motivationnel-psychotherapie-addiction-a-lalcool/>
72. B. GILLAIN. Addiction et entretien motivationnel : l'entretien motivationnel, un outil pour rencontrer autrement les alcooliques aux urgences. In: *Urgences online*. 2007.
73. Palazzolo J. La prise en charge des addictions. *Que Sais-Je*. 29 juin 2016;53-71.
74. Société française d'alcoologie. Sevrage simple en alcool. Evaluation des pratiques professionnelles en alcoologie. 2006 déc 19.
75. VIDAL. Recommandations Alcool : sevrage [En ligne]. Mis à jour le 24 février 2021. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/alcool-sevrage-1502.html>
76. Association française de Formation médicale continue en hépato gastro entérologie. Le traitement médicamenteux de la dépendance alcoolique (en dehors de la période aiguë) [En ligne]. 2013. Disponible sur : <https://www.fmcgastro.org/postu-main/postu-2013-paris/textes-postu-2013-paris/le-traitement-medicamenteux-de-la-dependance-alcoolique-en-dehors-de-la-periode-aigue/>
77. Haute Autorité de Santé. Sevrage alcoolique : Baclocur®, thérapeutique de dernier recours [En ligne]. 2020. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3148608/fr/sevrage-alcoolique-baclocur-therapeutique-de-dernier-recours
78. Observatoire français des toxicomanies. Obradovic I. Dix ans d'activité des « consultations jeunes consommateurs » - Tendances 101. [En ligne]. 2015. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettres-tendances/dix-ans-dactivite-des-consultations-jeunes-consommateurs-tendances-101-avril-2015/>
79. Recommandation de bonne pratique : Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. Mai 2004 ;32(5):451-70.
80. Roche AM, Hotham ED, Richmond RL. The general practitioner's role in AOD issues: overcoming individual, professional and systemic barriers. *Drug Alcohol Rev*. sept 2002;21(3):223-30.
81. Stumpf F. Contribution à l'amélioration au repérage précoce des addictions et à l'intervention brève. Résultats de deux tours d'un audit médical auprès de médecins généralistes lorrains. Thèse. Médecine. Nancy 1 ; 2011.
82. Prescrire. Alcool-dépendance : avant le sevrage [En ligne]. 2020. Disponible sur : <https://www.prescrire.org/fr/3/31/46539/0/NewsDetails.aspx>

83. Logo Société d'avocats Lachaud, Mandeville, Coutadeur & Associés. En questions : le dépistage en entreprise, de l'éthylotest au test PCR [En ligne]. 2021.
Disponible sur : <https://www.lmca-avocats.fr/en-questions-le-depistage-en-entreprise-de-lethylotest-au-test-pcr/>
84. Dagneaux S. Chapitre 13. Insomnie et trouble de l'usage de l'alcool. Ateliers Prat. 2015;212-9.
85. Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. avr 1997;54(4):313-21.
86. Schuckit MA, Tipp JE, Bucholz KK, Nurnberger JI, Hesselbrock VM, Crowe RR, et al. The life-time rates of three major mood disorders and four major anxiety disorders in alcoholics and controls. Addict Abingdon Engl. oct 1997;92(10):1289-304.
87. Gammeter R. Comorbidités psychiatriques associées à la dépendance à l'alcool. Forum Méd Suisse – Swiss Med Forum [En ligne]. 5 juin 2002 ;
Disponible sur: <https://doi.emh.ch/fms.2002.04545>
88. Chambre Syndicale de la Sophrologie. Sophrologie CS. Les Français et le stress - Sondage Chambre S. Sophrologie [En ligne].2016.
Disponible sur : <https://www.chambre-syndicale-sophrologie.fr/les-francais-et-le-stress/>
89. Crespin R, Lhuilier D, Lutz G. Se doper pour travailler. Erès; Clinique du travail. 352 p. 2017
90. Nahoum Grappe V - Descartes & Cie - Grand format. Vertige de l'ivresse ; alcool et lien social - - Le Hall du Livre NANCY [En ligne]. Avril 2020.
Disponible sur : <https://halldulivre.com/livre/9782844461537-vertige-de-l-ivresse-alcool-et-lien-social-nahoum-grappe-v/>
91. THEVENOT Marion. Comment les personnes « ordinaires » appréhendent-elles l'alcool dans la gestion de leur santé ? Thèse. Médecine. Université Paris-Sud ; 2019.
92. Etude Harris interactive pour la fondation MACSF. Le regard des Français et des professionnels de santé sur la communication patients / soignants [En ligne].2014.
Disponible sur : https://harris-interactive.fr/opinion_polls/le-regard-des-francais-et-des-professionnels-de-sante-sur-la-communication-patients-soignants

XI. Annexes

Annexe 1

Figure 2: Questionnaire FACE

Questionnaire FACE (Formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien)	
<p>1. 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 3 fois par semaine = 3 ; Quatre fois par semaine ou plus = 4 ; Score :</p> <p>2. Combien de verres standard 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 ; Score :</p> <p>3. Est-ce que votre entourage vous a fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ? Non = 0 ; Oui = 4 ; Score :</p> <p>4. Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ? Non = 0 ; Oui = 4 ; Score :</p> <p>5. 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 ; Score :</p> <p>Interprétation du score total ; hommes (H) / femmes (F) Risque faible ou nul : H moins de 5 ; F moins de 4 : renforcement des conduites favorables à la santé Consommation excessive probable : H 5 à 8 ; F : 4 à 8 : intervention brève Dépendance probable : H et F plus de 8 : proposer une consultation d'addictologie</p>	<p>Verre standard = 10 grammes d'alcool pur soit : 10 cl de vin à 12°, 25 cl de boissons à 5° (bière, sodas alcoolisés [alcopops-prémix]), 7 cl de vin cuit à 18°, 3 cl d'alcool à 40° (whisky, pastis ou digestif).</p>

Source et Infographie : HAS

Figure 2: Le test AUDIT-c

Le questionnaire

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

- (0) Jamais
- (1) 1 fois par moi ou moins
- (2) 2 à 4 fois par mois
- (3) 2 à 3 fois par semaine
- (4) Au moins 4 fois par semaine

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

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

3. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?

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

Un score ≥ 3 chez la femme et ≥ 4 chez l'homme doit faire évoquer un mésusage.

Un score ≥ 10 dans les deux sexes doit faire évoquer une dépendance.

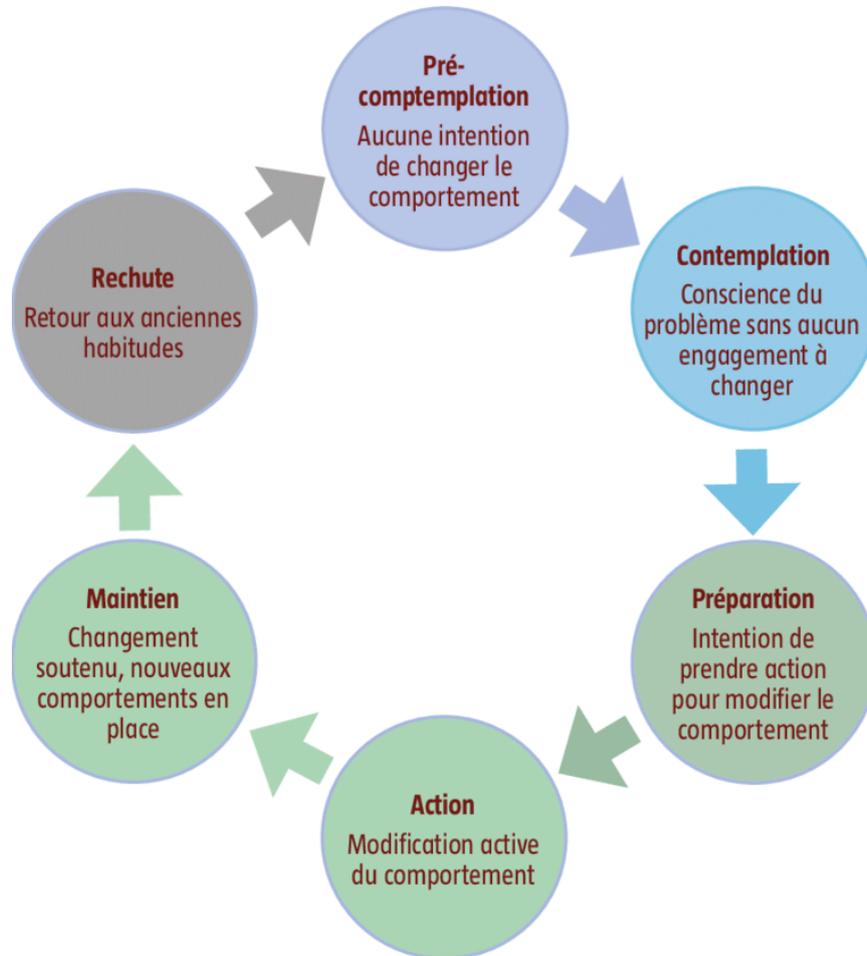
Figure 3 : Le test Cage Deta

Questionnaire DETA	
Items	Réponses
Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?	Oui Non
Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?	Oui Non
Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?	Oui Non
Avez-vous déjà eu besoin d' alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?	Oui Non
Interprétation du score : deux réponses positives ou plus témoignent d'un usage à risque d'alcool	

Questionnaire DETA : évaluation de la consommation d'alcool

Questionnaire développé sous le terme CAGE (*Cut-down Annoyed Guilty Eye-opener*) par : Ewing JA. Detecting alcoholism. The cage questionnaire. JAMA. 1984;252:1905-7. Validé par Mayfield D, McLeod G, Hall P. The cage questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry* 1974;131:1121-3.

Figure 5 : Les stades de changement de comportement décrits par Prochaska et Di Clemente



Annexe 5

Accueil et explications

« Bonjour, je suis médecin généraliste et je suis ravie de vous rencontrer.

J'ai remarqué que l'abord des problèmes d'addiction à l'alcool en consultation de médecine générale n'est pas toujours aisé et ce pour de multiples raisons propres à chacun, votre point de vue est précieux afin que nous, médecins généralistes puissions vous accompagner au mieux. C'est dans cette optique que je réalise un travail sur la relation des consommateurs d'alcool avec leur médecin traitant.

Je vous remercie de me consacrer du temps et d'avoir accepté de participer à ce travail.

Je vous laisserai parler le plus librement possible, je serai peut-être amenée parfois à intervenir pour recadrer l'entretien sur des thèmes plus précis si on s'éloigne un peu du sujet.

Ce n'est en aucun cas un test de connaissance le but est de comprendre la relation qu'un consommateur d'alcool entretient avec les médecins et particulièrement son médecin traitant.

Cet entretien est enregistré en totalité avec mon téléphone en audio, je n'enregistre pas de vidéo avec la garantie de l'anonymat. Je vous donnerai donc un autre prénom que le vôtre.

Avez-vous des questions sur le déroulement de cet entretien ?

Si vous êtes intéressé, je vous enverrai une copie de mon travail lorsqu'il sera terminé

« Nous pouvons commencer »

Annexe 6

Canevas d'entretien

I. Le produit dans la vie du consommateur

Que représente l'alcool dans votre vie quotidienne ?

- 1) A quel moment ou occasions consommez-vous de l'alcool ?
- 2) Quel type d'alcool consommez-vous ?
- 3) Pouvez-vous identifier quels sont les éléments déclencheurs à votre consommation d'alcool ? (Ennui, solitude, social, habitude)
- 4) Quel est votre parcours de consommation, poly-addiction (drogues associées tabac) ?
- 5) Comment voyez-vous les risques liés à la consommation : au niveau somatique physique et relationnel ? (Impacts)

II. Les circonstances du repérage : motivations et freins

- Les conditions de repérage de la consommation d'alcool

En pratique pouvez-vous décrire comment la question a été abordée avec votre médecin traitant ?

- Si vous en avez discuté avec votre médecin, qui a évoqué la question de dépendance à l'alcool ? (Médecin traitant, consommateur, famille, justice...)
-Si non : Pour quelles raisons ?
- A quel moment de la relation médecin patient la question a été abordée ? (Dès le début, après un certain temps, jamais)
- Quels sont les autres intervenants avec qui vous avez déjà abordé le sujet ?
- Les motivations du consommateur à aborder la question : pour quelles raisons en avez-vous parlé à votre médecin ?
 - Quel a été l'élément déclencheur pour aborder le sujet avec le médecin traitant ?
 - Quelles étaient vos préoccupations par rapport à votre santé (risques donc obligation d'en parler à un médecin par peur des conséquences) ?
 - Pouvez-vous décrire le type de la relation avec votre médecin ? (Confiance, honnêteté, transparence)
- Les réticences et freins à parler de la dépendance à l'alcool
 - Quelles peurs et doutes avez-vous eu avant d'en parler à votre médecin (secret médical non respecté, évoquer une dépendance, honte) ?
 - Quels ont été les détails par rapport à la consommation que vous n'avez pas osé confier ?

III. Les attentes vis-à-vis du médecin généraliste

Par rapport à la consommation :

- Quelles sont vos attentes vis-à-vis du médecin généraliste dans la prise en charge de votre consommation d'alcool (compréhension, connaissance du sujet, aide au sevrage, orientation vers un spécialiste) ?
- A-t-il répondu à vos attentes ?
 - Si oui : Dans quel sens ?
 - Si non : Pourquoi ?
- Quelles seraient vos propositions pour faciliter la prise en charge des consommateurs d'alcool par leur médecin : (dépistage systématique par le médecin traitant ? campagne d'information ?

IV. Le relationnel patient consommateur médecin traitant

- Quels sont vos motifs de consultation chez votre médecin traitant en temps normal ?
- Histoire de la relation : comment se passe la consultation ?
 - Les choses simples
 - Les obstacles et difficultés rencontrées

V. Données DATA du patient

- Age
- Sexe
- Statut familial
- Profession
- Date de début de consommation
- Niveau de consommation actuel
- Type de médecin traitant (âge sexe lieu d'exercice)

Vu, le Directeur de Thèse



Docteur DUFRENE Christian
Centre Hospitalier de la Tour Blanche
Chef de Service - Médecine Polyvalente
N° RPPS : 10002007275

Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

Auteur : DELAUNAY-BELLEVILLE Cynthia

97 pages, 1 tableau, 5 figures

**TITRE : LE VECU ET L'OPINION DES PATIENTS PRESENTANT UNE
ADDICTION A L'ALCOOL FACE AU REPERAGE ET A LA PRISE EN CHARGE
PAR LE MEDECIN GENERALISTE**

INTRODUCTION

En France l'alcool est le deuxième facteur de mortalité après le tabac. Le médecin généraliste est le principal acteur du repérage du trouble de l'usage à l'alcool. Cependant le dialogue entre le médecin et le patient consommateur n'est pas toujours aisé. L'objectif de l'étude est de comprendre les motivations et les freins à aborder la problématique du mésusage à l'alcool et les attentes de ces patients envers leur médecin traitant.

MATERIEL ET METHODE

Une étude qualitative a été réalisée entre Juin et Aout 2021. Les données sont extraites à partir d'entretiens semi dirigés auprès de 12 patients consommateurs d'alcool dans un centre d'addictologie en région Val de Loire.

RESULTATS

Une relation de confiance établie avec son médecin traitant et la peur des risques sur la santé sont les motivations qui ont aidé les patients à ouvrir le dialogue sur le trouble de l'usage à l'alcool. Cependant de nombreux freins subsistent, la peur d'être jugé, une écoute non adaptée, des connaissances limitées dans le domaine ou une mauvaise attitude de la part du médecin traitant.

Les attentes des patients sont très claires, ils recherchent de l'aide de la part de leur interlocuteur basée sur l'écoute, une orientation spécifique et un suivi rapproché.

DISCUSSION ET CONCLUSION

En dépit de nombreux freins, les patients sont plutôt volontaires à aborder le thème du trouble d'usage à l'alcool. Ces derniers regrettent cependant que leur médecin traitant n'ait pas amorcé le sujet dans le but de faciliter l'échange. La formation continue et la sensibilisation des médecins généralistes amélioreraient le repérage systématique. La prise en charge pourrait être également plus adaptée rapide et coordonnée.

MOTS CLES : médecine générale, relation médecin patient, trouble d'usage à l'alcool, alcool, opinion, vécu, étude qualitative

Jury :

Président du jury : Professeur Wissam EL HAGE
Directeur de thèse : Docteur Christian DUFRENE
Membres du Jury : Docteur Paul BRUNAUT
Docteur Christophe RUIZ

Date de soutenance : Le 16 décembre 2021