

Année 2024/2025

N°

Thèse

Pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
Diplôme d'État
Par

Jade CORBES-HARDY

Née le 6 juillet 1995 au Mans (72)

TITRE

Repérage du mésusage d'alcool chez les femmes : attentes des patientes envers leur médecin généraliste.

Présentée et soutenue publiquement le 26 juin 2025 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Nicolas BALLON, psychiatrie et addictologie, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Docteur Anne-Marie BRIEUDE, Médecine Générale et Addictologie, PH, EPSM du Loiret – Fleury-les-Aubrais

Docteur Christelle CHAMANT, Médecine Générale, MCA – Faculté de Médecine – Tours

Directeur de thèse : Docteur Johann BRIAND, Médecine Générale - Saint-Amand-Longpré / Addictologie, PH, CH - Vendôme

Repérage du mésusage d'alcool chez les femmes : attentes des patientes envers leur médecin généraliste.

Introduction : Malgré une stabilité globale entre 2017 et 2021, la consommation hebdomadaire d'alcool a baissé chez les hommes, tandis qu'elle stagne, voire augmente chez les femmes, notamment chez les 35-44 ans, avec une hausse des alcoolisations ponctuelles importantes. Malgré leur fréquence de consultation plus élevée et une vulnérabilité physiologique accrue face à l'alcool, les femmes sont insuffisamment ciblées par le repérage en médecine générale.

Objectif : Explorer les perceptions des femmes ayant un antécédent de mésusage d'alcool concernant le repérage de leur consommation en médecine générale. Identifier les attentes de ces patientes envers leur médecin généraliste.

Méthode : Etude qualitative avec une approche inspirée par la théorisation ancrée par le biais d'entretiens semi-dirigés individuels. Les patientes ont été recrutées par leurs professionnels de santé référents.

Résultats : Quatorze patientes habitant dans le Loiret ont été interrogées.

L'étude suggère que les attentes des patientes vis-à-vis de leur médecin généraliste sont étroitement liées à des besoins personnels. Elles expriment notamment le besoin de temps, de sécurité et d'une communication sincère. Pour y répondre, le médecin doit se montrer disponible, chaleureux, attentif et curieux, en particulier lors de certains moments de vie sensibles. Marquées par une forte auto-dévalorisation, les patientes attendent également de la bienveillance, de la reconnaissance et un accompagnement. Elles souhaitent que leur médecin fasse preuve de respect et d'une implication concrète. Par ailleurs, elles expriment un besoin d'information et souhaitent que leur médecin actualise ses connaissances. Enfin, elles soulignent l'importance d'associer l'entourage et les autres professionnels de santé, perçus comme des soutiens dans leur parcours.

Discussion et conclusion : Le repérage précoce avec intervention brève associé à de l'entretien motivationnel répond aux attentes exprimées par les patientes envers leur médecin généraliste. La mise à disposition du questionnaire AUDIT en salle d'attente, notamment durant le mois de janvier, pourrait constituer une première approche pertinente. Par ailleurs, renforcer l'offre de Formation Médicale Continue en addictologie à destination des médecins généralistes contribuerait à accroître leur sensibilisation et leurs compétences en matière de repérage.

Screening for alcohol misuse in women : Patients' expectations toward their general practitioner

Introduction: Despite overall stability between 2017 and 2021, weekly alcohol consumption declined among men but remained steady, or even increased, among women, particularly those aged 35 to 44, with a rise in binge drinking episodes. Although women consult their general practitioner more frequently and are physiologically more vulnerable to alcohol, they remain insufficiently targeted by screening efforts in primary care.

Objective: To explore the perceptions of women with a history of alcohol misuse regarding the screening of their consumption in general practice, and to identify their expectations toward their general practitioner.

Method: Qualitative study using an approach inspired by grounded theory, based on individual semi-structured interviews. Patients were recruited through their referring healthcare professionals.

Results: Fourteen women living in the Loiret region were interviewed. The study suggests that patients' expectations toward their general practitioner are closely linked to personal needs. They expressed a need for time, safety, and genuine communication. To meet these expectations, physicians must be available, warm, attentive, and curious, particularly during sensitive life events. Marked by self-devaluation, participants also emphasized the need for kindness, recognition, and continuous support. They expect their GP to show respect and active involvement. Additionally, they expressed a need for information and wished for their physician to maintain up-to-date knowledge, especially on alcohol-related disorders. Finally, they highlighted the importance of involving both the patient's social circle and other healthcare professionals, viewed as essential sources of support.

Discussion and Conclusion: Early screening combined with brief intervention and motivational interviewing appears to align with the expectations expressed by the patients. Making the AUDIT questionnaire available in waiting rooms, particularly during the "Dry January" campaign, could serve as an initial step. Furthermore, expanding continuing medical education in addiction medicine for general practitioners could enhance awareness and strengthen their screening skills.

Mots clés :

Repérage
Mésusage d'alcool
Femmes
Médecine générale
Besoins
Attentes

Keys words :

Screening/detection
Alcohol misuse
Women
Primary care
Needs
Expectations

UNIVERSITE DE TOURS FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN

Pr David BAKHOS

ASSESSEURS

Pr Philippe GATAULT, *Pédagogie*
Pr Caroline DIGUISTO, *Relations internationales*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*
Pr Hélène BLASCO, *Recherche*
Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie étudiante*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

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
Pr Patrice DIOT – 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Patrice DIOT
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Frédéric PATAT
Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – D. BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – 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 – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric	Neurochirurgie
ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Theodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BOULOUIS Grégoire	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAUT Paul.....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline.....	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan.....	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
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
LE NAIL Louis-Romée	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie

LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
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
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
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
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco.....	Neurologie
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte.....	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
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

LIMA MALDONADO Igor.....Anatomie
MALLET Donatien.....Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde	Cancérologie, radiothérapie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie
CHESNAY Adélaïde	Parasitologie et mycologie
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille.....	Immunologie
KERVARREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
KHANNA Raoul Kanav.....	Ophtalmologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie	Dermatologie
LEJEUNE Julien	Hématologie, transfusion
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas.....	Médecine d'urgence
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie	Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
BLANC Romuald	Orthophonie
EL AKIKI Carole.....	Orthophonie
NICOGLU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine	Médecine Générale
CHAMANT Christelle	Médecine Générale
ETTORI Isabelle.....	Médecine Générale
MOLINA Valérie.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence.....	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
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directrice 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
GILLOT Philippe	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR Inserm 1100
GUEGUINOU Maxime	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HAASE Georg.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HENRI Sandrine	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc.....Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....Orthophoniste
 CLOUTOUR Nathalie Orthophoniste || CORBINEAU Mathilde | Orthophoniste |
HARIVEL OUALLI Ingrid.....	Orthophoniste
IMBERT Mélanie	Orthophoniste
SIZARET Eva	Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes 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 aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise 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.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.
Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères et consœurs si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Au président de jury,

Monsieur le Professeur Nicolas BALLON

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Psychiatrie et Addictologie

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Soyez assuré, Professeur, de mon profond respect et de toute ma reconnaissance. Je vous remercie sincèrement de m'avoir proposé de présider mon jury, au cours de mon semestre au sein de votre équipe.

C'est avec enthousiasme que je me prépare à poursuivre mon apprentissage à vos côtés lors de la formation à l'entretien motivationnel.

Aux membres du jury,

Madame le Docteur Anne-Marie BRIEUDE

Praticien Hospitalier

Médecine Générale et Addictologie

Je te remercie chaleureusement de siéger à mon jury de thèse et d'évaluer mon travail. Il était évident pour moi que ta présence à mes côtés en ce jour si important était essentielle.

Comme un prolongement, une suite logique : tu as dirigé la thèse du Docteur BRIAND il y a quelques années. C'est à son tour de diriger la mienne. Finalement, le destin a voulu que nous nous rencontrions, et je le remercie de m'avoir permis de passer une année et demie riche à tes côtés. En plus des connaissances que tu m'as apprises, tu m'as transmis une façon de penser, une vision sincère et bienveillante de l'addictologie. Merci Anne-Marie.

Madame le Docteur Christelle CHAMANT

Maître de Conférence Associé

Médecine Générale

Vous me faites l'honneur de siéger à mon jury et de juger mon travail. Soyez-en remercié.

Je vous remercie également pour votre implication dans la formation des internes, et notamment pour votre encadrement lors des Groupes d'Echange et d'Analyse de Pratique, auxquels j'ai pu participer lors de mes semestres dans le Loiret.

A mon super directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Johann BRIAND

Praticien Hospitalier

Médecine Générale et Addictologie

Merci infiniment d'avoir accepté de vivre cette aventure à mes côtés. Une aventure si précieuse, marquant mon passage du statut d'étudiante à celui de Docteur.

Tu as parfois douté de tes capacités à diriger ce travail, pourtant tu as rempli ce rôle avec justesse et bienveillance. Je te remercie pour ta réactivité constante et la pertinence de chacune de tes remarques.

Au-delà du rôle de directeur de thèse, tu as surtout été la toute première personne à éveiller en moi l'intérêt pour l'addictologie.

Merci pour ces après-midis de consultations partagés lors de mon semestre de niveau 1, moments précieux et formateurs.

À l'image d'Anne-Marie, tu as su me faire découvrir cette spécialité dans laquelle j'ai souhaité me former plus en profondeur quelques années plus tard. Sans cette rencontre, mon parcours aurait sans doute été différent, et je ne serais probablement pas aussi épanouie dans ma pratique qu'aujourd'hui.

Enfin, je tiens à te remercier pour ton accompagnement et ton apprentissage au sein du trio de choc de Saint-Amand. Tu es le médecin généraliste que tout patient rêve d'avoir.

A ma famille, que j'aime tant,

Maman, Papa,

Si je suis celle que je suis aujourd'hui, c'est à vous que je le dois.

C'est grâce à l'amour que vous vous portez, à celui que vous nous avez donné, à votre bienveillance, à votre patience, votre éducation, à vos innombrables sacrifices et à votre soutien constant, que j'ai pu m'épanouir, aussi bien comme femme que dans ma vie professionnelle.

Vous nous avez offert le plus beau cadeau : une enfance baignée dans la stabilité, la douceur et la sécurité. Un foyer rempli d'amour, de valeurs solides. Un socle sur lequel j'ai pu m'appuyer pour avancer et construire. C'est grâce à vous que j'ai pu devenir la maman que je suis aujourd'hui. Et quel bonheur de vous voir dans votre rôle de grands-parents... Vous êtes si présents, si tendres, si attentionnés. Diane vous adore, vous aime profondément. Merci d'être là, à mes côtés. J'ai hâte de continuer cette aventure avec vous. L'histoire ne fait que commencer !

Sixtine, je suis si heureuse d'avoir retrouvé ma sœur, après quelques petites années que nous choisissons d'oublier. Je suis si fière d'avoir une grande sœur, merci Maman et Papa. Merci pour ton amour, ton soutien, et l'amour si fort que tu portes à Diane. Tu es la marraine idéale.

Je prie pour ton bonheur, votre bonheur avec Julien, que votre vie soit remplie d'amour et de sérénité.

Julien, c'est un plaisir de t'avoir comme beau-frère pour la vie. Tu apportes calme et sérénité à ma sœur. Vivement la suite de l'année pour les festivités !

Mamie Joëlle, la deuxième maman de toute la famille. Tu portes tellement sur tes petites épaules. Tu es si forte. Nous avons eu la chance de grandir à tes côtés avec Sixtine, tu nous as aimées si fort et encore aujourd'hui, merci de nous choyer. Merci pour toutes tes attentions lors de mes week-ends studieux « thèse » chez toi.

Mamie Thérèse, encore une mamie que tout petit-enfant rêverait d'avoir. La vie n'a pas été simple pour toi, et pourtant tu as fait preuve d'une résilience fabuleuse, comme en témoignent ton sourire et tes beaux yeux pétillants.

Papi Jojo et Papi Popol, j'aurais été si heureuse de vous voir face à moi aujourd'hui. Mais je sais que vous vous êtes donné rendez-vous là-haut pour suivre ça ensemble. Votre arrière-petite-fille aurait adoré vous taquiner !

Ces remerciements sont les plus durs à écrire, tant les larmes coulent à flot. Vous me manquez tellement.

Marie-Paule et Marie-Pierre, mes tantes que je n'ai pas eues la chance de connaître. Je crois qu'on aurait eu plein de choses en commun à se raconter.

A mes oncles et tantes,

Valérie et Franck, Nadège et Christophe,

Quelle chance d'avoir pu grandir avec la présence de mes oncles et tantes. Les repas de famille sont d'autant plus riches avec vous, et c'est un réel plaisir de vous revoir à chaque fois. Merci d'être aussi bienveillants et aimants envers Diane et Vincent.

Fabrina et Pascal, Suzanne et Didier,

Malgré la distance, merci pour vos attentions. Je suis impatiente de vous revoir prochainement.

A mes cousins et cousines,

Louise, bravo pour ce parcours. Tu es devenue une femme super, une grande sœur attentionnée, une compagne fabuleuse et une mère aimante, j'en suis sûre !

Je me rappelle encore de ces après-midis passés chez Papi et Mamie, avec Sixtine. Tu te rappelles sûrement des pommiers... Désolée. On t'aime fort ! Malgré la distance, sache que tu peux, et pourras toujours, compter sur moi. Par exemple, tu pourras encore m'envoyer les résultats de tes prises de sang (en disant que c'est une copine), et je devinerai que tu es enceinte avant tout le monde ;)

Tom, sache que j'attendais ta venue impatientement ! Je suis vraiment heureuse de t'avoir comme cousin. Tu es un homme posé, passionné, déterminé dans ses convictions. Prends soin de toi. Demande-moi à n'importe quel moment si tu as besoin : je me ferai un plaisir de t'aider.

Matt, Mattou pour les intimes. Je sais que tu te rappelles encore de mon échec lors de la préparation de simples pâtes, il y a foorrtr longtemps. Maintenant, je cuisine mieux, je te promets. Bravo pour ta réussite au concours de gendarmerie. Je te souhaite un réel épanouissement dans cette profession, mais aussi dans ta vie personnelle.

Tchek de Diane !

Swann, cela ne doit pas être simple d'être le grand frère, mais Camille a la chance de t'avoir. Je sais que tu prends soin d'elle. Comme tes cousins et cousines, tu es aimant et rigoureux, et cela te servira toute ta vie.

Camille, sous tes faux airs de rebelle, je sais que tu as un grand cœur. Tu es si mignonne avec Diane et avec tes grandes cousines. Merci Camille !

Hugo et Mallory, c'est toujours un plaisir de vous revoir. Prenez soin de Mamie Thérèse, qui vous aime.

Victoria, vivement le moment où nous nous reverrons, cela fait si longtemps. Nos traits de ressemblance sont assez bluffants ! Vivement qu'on papote ensemble très prochainement !

Dune et Zoé, malgré la distance dans l'arbre généalogique, vous êtes comme mes cousines. Vous êtes merveilleuses toutes les deux.

A ma belle-famille,

Anne, Charles, Marion, Hélène, Anne-Sophie, François et Catherine,
Je vous remercie de m'avoir si bien accueillie dans votre famille. En toute simplicité, vous m'avez mise à l'aise. Merci pour votre accueil toujours aussi chaleureux à l'Églantine.

A mes ami(e)s,

Les princesses, les seules, les vraies, toujours là depuis le début de ces années de médecine. Dix ans déjà !

Clara, la première de toutes. Je me rappelle encore cette première journée à l'hôpital du Mans. Nous étions deux inconnues, perdues. Mais nous n'avons pas perdu de temps pour nous trouver et nous ne nous sommes pas quittées par la suite. Ta rencontre avec Arthur t'a illuminée, vous êtes si beaux ensemble. Que la vie vous gâte autant que vous le méritez.

Soria et Solène, les Sosos, vous êtes indissociables pour moi, des souvenirs encore bien frais des soirées de P1, le duo de choc. Pour l'une, le déficit enzymatique a été plus fort... Vous êtes rayonnantes, solaires ! Je suis heureuse de vous savoir épanouies avec Louis et Michel.

Jéromine, la plus studieuse et déterminée ? Oh que oui ! Bravo pour le magnifique parcours que tu te construis. Malgré un changement de chemin en cours de route, tu as tenu bon et trouvé la bonne voie. C'est une fierté de t'avoir parmi mes amies. Votre couple avec Louis sonne comme une évidence tant vous vous ressemblez. C'est une tristesse pour moi de ne pas t'avoir à mes côtés aujourd'hui, mais je comprends totalement les circonstances. On se rattrapera cet été.

Margaux, la première maman, tu as ouvert la voie, on donnera peut-être des idées à certaines ! C'était un plaisir de partager en parallèle nos grossesses, si rassurant d'avoir quelqu'un sur qui compter pour la moindre question anodine. Je vous souhaite tout le bonheur possible avec Cédric et Rose. Vous avez tellement été le paratonnerre, il est temps que cela change ! Longue vie à vous.

À Chloé, tant de chemin fait ensemble depuis le lycée ! Mon pilier de P1, ma témoin, et bien plus. Tu es l'incarnation de la gentillesse et de la bienveillance. Le 27 avril est définitivement la date de naissance de belles personnes ! Et si on remontait le temps pour revivre nos mercredis après-midi ?

À Laura, mon amie d'enfance. Depuis les bancs du collège, il y a plus de quinze ans, nous avons créé une relation d'amitié indestructible. Malgré la distance géographique, je ne cesse de penser régulièrement à toi et à Luce. Elle a une maman si forte et courageuse. Vivement nos retrouvailles, nous avons tant d'années à retracer !

À Amélie, cette collègue qui finalement est devenue une amie pour la vie ! Tu as illuminé mon année et demie orléanaise. Je n'aurais jamais imaginé créer une amitié si précieuse à ce moment de ma vie. Merci pour tout, ta gentillesse, ton amour, ton aide, ton amour si fort pour Diane, ta bienveillance envers Vincent.

Aux ami(e)s tourangeaux et tourangelles, Daphné, Sonia, Océane, Syrielle, Clément. Nous avons commencé notre chemin d'interne ensemble. En novembre 2020, tous soudés pour affronter ce premier semestre, qui reste l'un de mes meilleurs semestres d'internat, grâce à vous.

Aux collègues, aux professionnels qui ont participé à ma formation,

Mathilde et Clément,

C'est à vos côtés et à ceux de Johann, en 2021, que j'ai eu la chance de découvrir pleinement la médecine générale. Clore mon internat avec vous s'est imposé comme une évidence. Ces deux semestres passés à vos côtés ont indéniablement renforcé ma conviction d'avoir choisi la bonne spécialité. Merci pour votre bienveillance et votre bonne humeur au quotidien. C'est avec beaucoup d'émotion que je vous quitte en cette fin d'internat.

Aux collègues du CMP Saint-Marc (à l'ancienne !) et du DIMA,

Émilie, Laurence, Carole, Anne-Marie, Raphaël, Kézia, Amélie, Stéphanie B et Stéphanie G, Élodie, Valérie, Marjorie, Magali, Rodolphe, Jérémy, quel bonheur d'avoir travaillé avec chacun d'entre vous. Que ce soit en virée lors de vos VAD, en consultation dans les lieux avancés ou bien sur place à Saint-Marc. Vous avez tous votre petite "touch" qui vous distingue. J'ai découvert des soignants aux grands cœurs, je suis fière de vous avoir connus. Prenez soin de vous, vous le méritez ! Merci pour votre implication dans ma thèse et vos recrutements judicieux !

Aux collègues de l'ELSA 37 et du CSAPA de Loches,

Stéphanie, Karine, Cécile, Valérie, Françoise, Vincente, Hélène, Jérôme, Paul et Monsieur Ballon, merci pour ce semestre de FST à vos côtés. C'était un réel plaisir de venir apprendre tous les jours avec vous.

Et à ma merveilleuse famille,

À mon mari, mon âme sœur, dix années d'amour déjà !

Te souviens-tu de ces tout premiers jours ? Ce moment où, sur un coup de folie, partir à la mer avec un « inconnu » était comme une évidence. Nous nous sommes trouvés à une période où tant d'obstacles auraient pu nous éloigner. Et pourtant, notre amour a été plus fort que tout. Je suis fière de nous, fière du chemin que nous avons parcouru, main dans la main, jusqu'à construire cette belle famille qui est aujourd'hui notre fierté.

Merci pour ton soutien indéfectible, à chaque étape, dans chaque épreuve.

Merci pour ton engagement, ta force et ta persévérance. Tu ne cesses jamais de penser à notre bonheur, à notre sécurité, à faire en sorte que nous ayons une vie douce, remplie d'amour et de sérénité. Merci pour ton dévouement, chaque geste, chaque effort, pour bâtir la vie dont nous rêvions ensemble depuis si longtemps.

À mon amour de fille, Diane, ma chérie. Tu as illuminé ma vie, notre vie. Depuis le début de ton existence, tu m'as transmis une sérénité que je ne pensais pas trouver. Depuis ta naissance, tu nous combles d'amour avec ton papa. Tu es une merveilleuse petite fille, et seras une incroyable grande sœur. Je suis si fière d'avoir une fille si aimante et attentionnée que toi, du haut de tes 22 mois. Tu nous épates tous les jours avec ton papa.

Au petit être qui fait son nid depuis quelques mois, Diane, Papa et Maman sont impatients de te rencontrer. Nous t'aimons déjà énormément !

Aux futurs petits frères et sœurs de Diane...

Table des matières

I.	Introduction	20
II.	Méthode.....	22
1.	Etude.....	22
2.	Population.....	22
3.	Recueil des données	23
a.	Guide d’entretien	23
b.	Analyse des entretiens	23
c.	Ethique.....	24
III.	Résultats	24
1.	Population.....	24
2.	Comprendre pour repérer	25
a.	L’alcool : moyen de réponse à un moment donné.....	25
b.	Des attentes qui répondent aux besoins	27
IV.	Discussion.....	34
1.	Résultats. Comparaison avec la littérature	34
2.	Forces et limites.....	38
a.	Type d’enquête et entretiens	38
b.	Echantillon.....	38
c.	Scientificité.....	39
d.	Recueil et analyse des données.....	39
i.	Suffisance et saturation.....	39
ii.	Triangulation	40
3.	Les perspectives.....	40
V.	Conclusion.....	43
VI.	Annexes	44
1.	Annexe 1 : Mail d’information pour les professionnels de santé recruteurs	44
2.	Annexe 2 : Document d’information et lettre de consentement	45
3.	Annexe 3 : Guide d’entretien semi-dirigé	47
4.	Annexe 4 : verbatim complet (disponible sur demande).....	48

I. Introduction

En France, l'alcool est responsable de 49 000 décès par an (1), ce qui en fait l'une des trois principales causes de mortalité évitable (2). Entre 2022 et 2023, le nombre des hospitalisations en lien avec l'alcool en France a augmenté de 4,1% (3).

Dans le classement selon la gravité des dommages globaux (individuels et collectifs) induits par les substances psychoactives, l'alcool est en première position avant l'héroïne et la cocaïne (4) (5).

Depuis le début des années 1990, les enquêtes *Baromètre de Santé publique France* suivent les comportements et l'état de santé de la population. Entre 1992 et 2021, la proportion d'adultes déclarant une consommation quotidienne d'alcool a été divisée par 3, elle était de 8 % en 2021. De même, la part des consommateurs hebdomadaires a diminué d'environ un tiers depuis 2000, pour représenter 39 % en 2021 (6).

Cependant, les tendances récentes montrent une stabilité dans la consommation hebdomadaire entre 2017 et 2021. Cette stabilité masque néanmoins des différences notables selon le sexe. Alors que la consommation hebdomadaire a diminué chez les hommes, elle est restée constante chez les femmes, s'élevant à 28,1 % en 2021 (6).

Certains indicateurs suivent une trajectoire inverse et sont préoccupants concernant le mode de consommation au féminin.

Parmi les femmes de 35 à 44 ans, la proportion de celles déclarant une consommation hebdomadaire est en augmentation. Entre 2017 et 2021, la proportion de femmes déclarant au moins une alcoolisation ponctuelle importante (API : consommation de 6 verres standards ou plus d'alcool par occasion par an) est passée de 21,4% à 23%, et de 7,6% à 8,6% pour une API par mois (6).

En dehors du contexte de la grossesse, les études sur le repérage de la consommation d'alcool chez les femmes sont peu nombreuses. Cependant, les femmes consultent leur médecin généraliste plus fréquemment que les hommes et recourent davantage au système de soins (7). Elles méritent une attention particulière en raison notamment de leur sensibilité accrue aux effets toxiques de l'alcool, liée à des différences physiologiques. Leur métabolisme est moins efficace pour éliminer l'alcool en raison d'une activité réduite de l'enzyme alcool déshydrogénase.

Leur volume de distribution est plus faible ce qui augmente leur alcoolémie à consommation égale. De plus, les hormones féminines et le cycle menstruel jouent une action sur la réponse à l'alcool et sur l'apparition du craving. Les femmes développent plus rapidement des troubles cognitifs liés à l'alcool, des risques accrus de cirrhoses, des pathologies cardiaques et des cancers même à faibles doses (8). Malgré un basculement plus rapide et sévère vers un trouble de l'usage, leur prise en charge débute en moyenne plus rapidement que chez les hommes.

En 2021, la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) a publié une enquête sur les pratiques des médecins généralistes en matière de prévention et de prise en charge des conduites addictives (3). Selon cette enquête, 99 % des médecins généralistes déclarent repérer les consommations de tabac, d'alcool et de cannabis chez leurs patients. Toutefois, le dépistage systématique est plus fréquent pour le tabac (66 %) que pour l'alcool à risque (43 %). Du point de vue des patients, les chiffres sont plus faibles. Selon le Baromètre cancer 2021, 5,4 % des répondants rapportent que la question de l'alcool a été abordée avec un professionnel de santé. Dans plus de la moitié des cas (55,3 %), cette discussion a été initiée par le patient lui-même (9).

Une étude de 2020 a révélé que, parmi les 18-75 ans ayant consulté un médecin généraliste dans l'année, 16,8 % avaient abordé le sujet de l'alcool en consultation. Pourtant, 86,9 % des répondants estimaient normal que leur médecin pose des questions sur ce sujet. L'étude met également en évidence que le tabac et l'alcool sont davantage discutés avec les patients masculins (10).

En complément des études et enquêtes de santé, j'ai moi-même observé ce phénomène au cours de mon internat, particulièrement lors de mon stage de niveau 1 en milieu rural.

L'HAS rappelle en 2025 que « *L'alcool est un sujet de santé globale pour toutes les femmes et tout au long de leur vie, justifiant de ne pas le réduire à leurs grossesses et maternités éventuelles.* », ainsi que « *les représentations sociétales liées au genre féminin, sources de stigmatisation et de discrimination, contribuent à leurs usages, à leur dissimulation, au retard d'accès aux aides* » (11).

Enfin, la place essentielle des médecins généralistes dans l'accompagnement du parcours alcool a été récemment rappelée par l'HAS en spécifiant qu'ils sont « *les acteurs exclusifs pour une majorité de sujets mais aussi un relais essentiel des soins spécialisés pour les usagers plus complexes qui ont justifié une orientation spécifique à un moment de leur parcours.* » (12).

Ainsi, l'objectif principal de cette étude est d'explorer les perceptions des femmes ayant un antécédent de mésusage d'alcool vis-à-vis du repérage de leur consommation en médecine générale. Il s'agira en particulier d'identifier les attentes de ces patientes par rapport à l'abord de ce sujet par leur médecin généraliste.

Une compréhension approfondie de leur point de vue pourrait aider les médecins généralistes à répondre à leurs besoins et à concevoir des approches plus adaptées pour repérer cette problématique.

II. Méthode

1. Etude

Pour réaliser cette étude, la méthode qualitative a été choisie avec une approche inspirée de la théorisation ancrée (13). Le but était de construire un modèle explicatif grâce à l'analyse d'opinion d'un groupe de personnes sur un sujet donné. Ce modèle a pour objectif d'être utile aux soins.

2. Population

Un échantillonnage raisonné théorique a été réalisé. Les personnes incluses étaient des femmes majeures, ayant un antécédent de mésusage d'alcool, que ce soit un usage à risque, un usage nocif ou une dépendance. Elles devaient avoir eu recours au moins une fois à un médecin généraliste, et ne pas avoir été préalablement suivies par l'enquêtrice.

Le 10 janvier 2024, un mail résumant le travail de recherche et accompagné d'un document d'information et de consentement a été envoyé aux médecins et infirmiers exerçant à Orléans et à proximité dans les différentes structures suivantes :

- au centre de consultation d'addictologie Saint-Marc à Orléans,
- au centre thérapeutique résidentiel (CTR) « La Préface » à Orléans,
- au dispositif d'intervention mobile en addictologie (DIMA) situé à Fleury-les-Aubrais,
- au centre de sevrage et de cure Paul Cézanne situé à Chateau.

Dans le mail (Annexe n°1) et le document d'information (Annexe n°2), la question de recherche ainsi que l'hypothèse n'ont pas été mentionnées de même que le statut de l'enquêtrice.

Une relance par mail a été envoyée le 27 février 2024.

Les deux premiers sujets interrogés ont été conseillés par le médecin exerçant au CTR « La Préface ». Les sujets suivants ont été inclus d'une manière différente. Lors de leurs consultations, les professionnels de santé présentaient l'étude à leur patiente répondant à la population de recherche. Pour celles intéressées, le professionnel leur remettait le document d'information. Dans un second temps, l'enquêtrice appelait la patiente afin de convenir d'un lieu et d'une date pour réaliser l'entretien.

3. Recueil des données

Le recueil des données a eu lieu grâce à des entretiens semi-dirigés qui étaient tous individuels. Ils étaient réalisés soit au centre de consultation, au CTR, au centre de cure, au sein des différents lieux de consultation avancée du DIMA ou au domicile des participantes selon leurs préférences.

L'échantillonnage théorique jusqu'à saturation des données a permis de recruter quatorze sujets.

a. Guide d'entretien

Avant l'entretien semi-dirigé et l'enregistrement audio, l'enquêtrice débutait la conversation par quelques phrases pour mettre en confiance la participante (Annexe n°3).

Les entretiens étaient guidés par quatre principales questions ouvertes. La première permettait à la patiente de se présenter, la seconde était relative à l'histoire de consommation de la patiente. Ces deux premières questions ouvertes d'approche ont permis de libérer la parole et d'introduire aisément les deux questions de recherche relative au rôle du médecin généraliste et au repérage.

Le guide d'entretien était modulable en fonction des réponses des patientes. Les questions ont pu être posées dans un ordre différent selon le discours de chacune. Des questions additionnelles relatives aux différents thèmes ont été posées si les réponses n'étaient pas spontanément apportées lors des questions ouvertes.

b. Analyse des entretiens

Les entretiens ont été enregistrés par microphone cravate et parallèlement par le biais d'un smartphone afin éviter toute perte de données en cas de problème technique. Leur durée était comprise entre 10 et 60 minutes. Les enregistrements ont été retranscrits intégralement et anonymisés sous forme de verbatim sur le logiciel Word ® (Annexe n°4).

L'étiquetage initial, l'analyse axiale, l'analyse intégrative et la construction du modèle explicatif ont été réalisés à l'aide du logiciel Sonal ®.

c. Ethique

Notre étude se situe hors loi Jardé, et l'accord du Comité de Protection des Personnes (CPP) n'a pas été nécessaire. Un document d'information suivi d'un consentement éclairé a été signé par chaque patiente avant chaque entretien. (Annexe n°2).

L'enregistrement de cette étude à la Commission Nationale de l'Information et des Libertés (CNIL) n'a pas été nécessaire car les entretiens ont tous été anonymisés et aucune information pouvant identifier les participantes n'a été demandée ni retranscrite. Enfin, les enregistrements audios ont été détruits à la fin de l'étude.

III. Résultats

1. Population

L'étude a porté sur 14 patientes âgées de 28 à 67 ans aux profils différents.

	Age	Profession	Statut marital	Nombre d'enfant (s)	Lieu de vie	Consommation actuelle d'alcool	Autres toxiques en cours	Durée entretien (minutes)
E1	42	Sans emploi	Célibataire	2	Urbain	Dépendance	Non	10
E2	28	Sans emploi	Célibataire	0	Urbain	Dépendance	Cocaïne, Tabac, THC	10
E3	67	Retraitée	Veuve, célibataire	2	Semi-urbain	Dépendance	Tabac	34
E4	59	Auxiliaire de vie	Divorcée	3	Urbain	Sevrage en cours	Non	30
E5	37	Infirmière	En couple	0	Semi-urbain	Sevrage en cours	Tabac	60
E6	50	Sans emploi	Célibataire	2	Urbain	Abstinente (1 an)	Tabac, THC	31
E7	67	Retraitée	Mariée	2	Rural	Usage à risque	Tabac	45
E8	53	Infirmière	Divorcée, célibataire	1	Urbain	En cours de diminution (2 mois)	Tabac	45
E9	50	En recherche d'emploi	Divorcée, célibataire	3	Urbain	Abstinente (2 mois)	Non	35
E10	43	Assureur	Divorcée, en couple	2	Rural	Usage simple (à faible risque)	Tabac	37
E11	57	Agent communal	Divorcée, pacsée	3	Rural	Usage simple (à faible risque)	Non	43
E12	57	Invalidité (Suite accident du travail)	Divorcée, célibataire	3	Urbain	Abstinente (2 ans)	Non	30
E13	53	En recherche d'emploi	Divorcée	0	Urbain	Usage à risque	Tabac	25
E14	47	Assistante d'administration	Mariée	1	Urbain	Usage simple (à faible risque)	Non	29

Tableau 1 : Population

2. Comprendre pour repérer

a. L'alcool : moyen de réponse à un moment donné.

En demandant à chaque patiente de raconter son histoire avec l'alcool, toutes ont pu identifier au moins une cause ou un facteur de risque à l'origine de leur consommation. Par la suite, elles ont considéré ces prédispositions comme des éléments clés que leur médecin devrait explorer dans le cadre du repérage des consommations d'alcool.

L'enfance a été indirectement nommé comme période à risque pour le futur. Pour certaines, il existe une forme d'hérédité à l'origine d'une perte de chance. Le fait d'avoir eu un **parent consommateur** pourrait expliquer leur propre consommation (« *Alors il faut savoir que j'avais des parents alcooliques (...) Est-ce qu'on peut voir ça comme, comme il y a des personnes qui disent que y a un p'tit côté génétique ou on sait pas trop, moi je pense quand même* », « *quand il y a de l'alcool, c'est comme la cigarette, des parents fument, un enfant a plus de chance de fumer, je pense que c'est un petit peu pareil, donc voilà.* » E1). Dires confirmés par une autre patiente (« *Enfin, y a un historique, y a un historique, c'est que mon père s'est mis dans l'alcool aussi de bonne heure, donc quelque part il y a une entité hein, donc une entité.* » E8).

L'enfance a également été à l'origine de **traumatismes vus et vécus** (« *J'ai eu plusieurs traumatismes, à titre sexuel, dont un quand j'étais petite* » E5 ; « *Mon père de nom battait maman, j'ai vu les scènes (...) il était alcoolisé, il frappait maman pour un rien et j'ai vu tout ça* » E7 ; « *C'était plus psychologiquement que ça allait pas bien, des blessures de l'enfance qui ont mal été, bah qui ont même pas été cicatrisées quoi, qui ressortaient* » E11).

L'environnement dans lequel évolue les patientes est aussi un point de repérage important selon elles. Plusieurs facteurs ont précipité, majoré et entretenu leur consommation.

Plusieurs d'entre-elles ont eu un **conjoint** présentant également un mésusage d'alcool (« *En plus mon compagnon, il buvait aussi. Donc voilà, ça arrangeait pas les choses. (...) puis en 2010 j'ai essayé d'arrêter, mais bon comme mon conjoint il buvait, c'était pas facile* » E6 ; « *Puis donc c'est vrai qu'avec mon ex-mari on buvait déjà* » E8 ; « *Et puis à l'époque je vivais aussi avec un compagnon qui était alcoolique et puis qui ramenait aussi enfin bon, on arrive toujours à trouver cette satané boisson* » E13).

Le **travail** était une source de stress et de violence (« *J'ai porté plainte à plusieurs reprises contre des patients, pour des coups, des insultes, des menaces de morts* », « *J'étais harcelée par des collègues. Il y a des insultes quand même racistes dans les réserves.* », « *Et en fait du coup je remplissais le flash, je le gardais dans la voiture et bah quand je partais du travail, bah je prenais ma première gorgée parce que j'en avais besoin* » E5 ; « *Mon métier c'est d'être auxiliaire de vie. C'est quand même un métier très compliqué. Surtout quand on doit être avec des personnes âgées avec qui on s'attache énormément* » E4).

Les **relations familiales et sentimentales** pouvaient être conflictuelles (« *Dès que j'ai une contrariété, là en ce moment j'ai une contrariété avec mon fils et ... c'est... c'est. J'ai besoin d'avoir, si vous voulez, me sentir bien parce que ça me fait oublier* » E4 ; « *Je pense que chacun mais lui aussi, pour pouvoir entre guillemets supporter la situation et voire supporter l'autre, ben je pense que ouais, y avait besoin de cet alcool (...) je pense aussi d'un manque d'amour* » E9).

Enfin, un autre point de vigilance a été soulevé par 2 patientes. Un phénomène à risque et fréquent : le **transfert de produit** (« *Ben disons que l'alcool pour moi, ça a été une béquille par rapport aux drogues dures quoi. J'ai commencé à boire j'étais sous traitement, je prenais du Subutex ® (...) c'est que j'ai remplacé un produit par un autre* » E6 ; « *J'ai décidé de fumer. Et puis je crois que ça s'appelle un transfert. J'ai vraiment ouais, un transfert d'addiction.* » E14).

Certains moments de **rupture et changement** dans la vie ont été perçus comme à risque et mériteraient une attention particulière de la part des médecins généralistes.

La **retraite** (« *Mais depuis que je suis à la retraite par contre c'est ce petit shooter le midi et le soir.* » E7), le **divorce** (« *je pense que l'hyper alcoolisation c'était à mon deuxième divorce. Avec toutes les problématiques de vie que ça générait donc effectivement, c'était entre guillemets l'échappatoire* » E8 ; « *Quand j'ai commencé à boire ça allait pas du tout. Parce que j'étais en plein divorce. Le divorce était compliqué* » E12), et la **séparation** (« *Finalement bah il s'est passé un petit truc dans ma vie, une séparation et boum, et c'est revenu et c'était reparti de plus belle* » E10).

Enfin, divers **traumatismes et pertes** ont fragilisés ces patientes, certains ont été à l'origine ou ont majoré leur consommation. **Un décès par accident** (« *Je suis accompagnatrice de tourisme équestre, et un jour j'avais une petite fille en balade, elle est tombée et elle est décédée (...) c'est un accident, il y a eu une enquête et tout ce que vous voulez, mais moi j'ai jamais passé, j'ai jamais su passer au-dessus de ça* » E1), des **décès familiaux** (« *C'est devenu une problématique quand ma mère est morte en 2012 et là j'ai commencé à consommer vraiment vraiment beaucoup* » E2 ; « *Lorsqu'il y a eu le décès de mon mari, alors là ça a été la plongée directe (...) j'ai vraiment bu beaucoup, beaucoup* » E3), un **trouble de stress post-traumatique** (« *Ça vous permettait quoi l'alcool à ce moment-là ? -Dormir, dormir. Ne pas avoir de cauchemar. De pas être, parce que ça fait depuis... Les reviviscences elles ont eu lieu vers, (...), je ne sais plus trop.* » E5), des **viols** (« *J'ai eu plusieurs traumas, à titre sexuel (...) et un viol conjugal* » E5 ; « *Il y a eu un déménagement suite à des violences, on va dire du voisinage, une tentative de viol* » E13), des **IVG** (« *Il y a eu une grossesse avec mon ex compagnon (...) comme ça se passait mal, il a essayé de forcer pour que je garde l'enfant. (...) Donc c'est pas forcément la femme ou la mère qui a pris la décision hein, c'est plus mon côté professionnel.* » E5 ; « *J'avais avorté et j'ai pas réussi à, j'ai pas réussi à en parler* » E14), ou le **placement des enfants** (« *Mes enfants ont été placés à cause de ça (...) au lieu de réagir à ce moment-là, je suis tombée encore plus dans l'alcool.* » E6).

b. Des attentes qui répondent aux besoins

Explorer les attentes des patientes envers leur médecin dans le repérage de leur consommation d'alcool implique d'abord de comprendre leurs besoins. Au fil des entretiens, plusieurs catégories de besoins ont émergé, chacune étant associée à une qualité spécifique attendue du médecin selon elles.

Les patientes ont besoin de **temps** et ainsi d'un médecin **disponible** (« *Alors moi je pense que déjà au début on peut pas, on peut pas dire de but en blanc à quelqu'un qui vient consulter pour la première fois : vous avez un problème d'alcool ?* », « *prenez peut-être 2 minutes de plus ou 5 on va dire pour que ça vaille le coup* », « *Je dirais : prenez, prenez un peu plus de temps, pour voir que les gens (...) ils vont vraiment pas bien* » E14 ; « *Il y a des solutions, et que la porte est ouverte quoi. Si elle veut pas en parler c'est pas grave mais la porte est toujours ouverte et pourra en parler plus tard* » E2 ; « *Bon je sais qu'aujourd'hui avec le manque de médecins, les médecins n'ont plus le temps et ça c'est bien dommage* » E3 ; « *Parce que même si demain je rechute, c'est quand même lui que j'irais voir en premier* » E10).

Le **déni** de la patiente peut en partie justifier ce besoin de temps et disponibilité (« *On peut pas aider quelqu'un qui, (...) tant que la personne ne veut pas, vous pouvez pas.* » E11).

Un besoin de **sécurité** a été exprimé à travers la nécessité d'être en confiance avec un médecin qui les connaît bien (« *Je pense que faut être en confiance* » E11 ; « *Ben il faut qu'on se sente à l'aise (...) quelqu'un avec qui on a confiance* » E13 ; « *il y a plus cette notion de médecin de famille ou quelqu'un qui vous connaît* », « *On n'est plus dans cette relation de médecin d'enfance, de vraiment de personne qui connaît l'autre quasiment par cœur comme avant (...) et c'est ça qui est dommage* » E14).

Pour favoriser la libération de la parole et instaurer ce climat de confiance recherché, le médecin doit avoir une certaine **posture** et faire preuve de **crédibilité**.

Le statut professionnel du médecin peut faciliter le dialogue (« *Le déclic, ça va être vraiment avec le médecin, qui lui est professionnel* », « *Pourquoi vous en avez parlé spécifiquement à votre médecin traitant ? – Parce que c'est une professionnelle, c'est une professionnelle* » E4).

La posture, la « *façon d'être* » E2, le statut de « *médecin de famille* » E14 peut aider certaines. Toutes ne partagent pas le même avis en ce qui concerne l'âge et le sexe du médecin (« *avec ce médecin-là qui était d'ailleurs beaucoup, enfin qui était plus vieux et qui avait cette figure un peu paternelle on va dire. Et je pense que c'est ça qui est, c'est aussi, peut-être l'âge ? En tout cas oui, il y a cette personne-là, je pense que j'aurais pu me confier* » E14 ; « *Voilà mais bon il est âgé donc ça n'arrange pas les choses* » E3 ; « *Peu importe que ce soit un homme, une femme, jeune, plus jeune* » E11 ; « *mais après que ce soit un homme ou une femme, bah, on, ça m'a pas dérangé* » E6 ; « *Vous pensez que le fait qu'elle soit une femme, ça a pu avoir un rôle ? – Oui parce que des fois j'ai eu affaire, quand elle était pas là, j'ai eu affaire à un de ses collègues. C'était pas du tout le même, le même sentiment. J'avais l'impression d'être un peu en réserve* » E4).

Une **communication authentique** avec un dialogue, une écoute, de l'empathie est recherchée (« *Moi par contre ce qui me parle c'est quand je vois le médecin en face de moi, ouais. Le médecin, il est en face de moi, il y a un échange, il y a une communication* » E4 ; « *Je pense qu'il faut avoir juste de l'écoute et de l'empathie, ce qui doit être propre à un médecin, mais ils ne le sont pas tous.* » E9 ; « *Faut que ce soit quelqu'un d'empathique quoi, faut pas que ce soit quelqu'un qui soit strict ou qui soit fermé* » E13).

Il est attendu du médecin une certaine **convivialité** avec une chaleur humaine, des liens extra-médicaux (« *Qu'est-ce qui est rédhibitoire ? – Sa froideur.* » E3 ; « *Alors c'est vrai qu'après quand on a un médecin qui est un peu froid ou des choses comme ça, c'est pas évident* » E6 ; « *Je l'ai vu sourire, bon c'est la première fois. C'est bon le sourire, c'est agréable* » E7 ; « *On ne parlait pas que de maladie, on parlait de musique, on a parlé de la pluie et du beau temps. Voilà, il y avait pas que ce rapport médecin-médecine-médecine-patient, il y avait un autre rapport humain* » E3).

Cette communication recherchée requiert un médecin **attentif et curieux**, qui s'intéresse à la patiente. La vision du repérage selon les patientes passe par une vigilance accrue du médecin lors de certains événements de vie abordés dans la partie précédente III.2.a. (« *Je pense avec les patients faut être un petit peu avenant (...) savoir arriver à le faire parler. S'intéresser tout simplement.* » E3 ; « *Un divorce, la perte d'un enfant, malheureusement, la perte d'un parent. On confie tout ça généralement à son médecin, donc là vi-gi-lance. S'il y a un souci qui vient d'arriver, bon peut-être être vigilant.* » E9).

Une attention particulière notamment vis-à-vis du physique des patientes est attendue d'elles (« *Parce qu'il y a plein de petits signes qui peuvent dire un mal-être. Voir son patient souvent fatigué, épuisé ou qui arrive dans son cabinet, des fois peut-être avec les larmes aux yeux, en pleurs* » E10 ; « *Eh ben je pense que déjà une perte de poids conséquente chez une femme, déjà ça doit alerter, y a un truc qui va pas.* » E9).

L'auto-dévalorisation est quasi omniprésente dans les discours de ces femmes. Elles mettent en avant des sentiments de honte, de dégoût et culpabilité (« *On sait très bien que c'est mal ce qu'on fait quoi* » E2 ; « *parce que c'est une femme qui boit, bah c'est tabou hein !* » E5 ; « *Ça me gêne ! Et encore ce sentiment de culpabilité. Culpabilité parce que l'alcool fait tellement de dégâts.* » E7 ; « *Alors les motivations c'est que je suis arrivée à me dégouter* » E9).

Cette auto-dévalorisation favorise certains besoins exprimés. En particulier celui de **bienveillance** (« *et puis même si vous avez bu un verre qui vous juge pas, ça fait du bien parce qu'on a pas une belle image de nous, hein !* » E10), avec en réponse un médecin qui se doit d'être **respectueux et tolérant** (« *Quelles sont les caractéristiques pour vous d'un médecin qui pourraient faciliter les femmes à en parler ? – Pas avoir de préjugés en fait* », « *éviter les "faites attention"* ». Si elle vient se confier, elle sait qu'il y a un problème, c'est pas la peine d'en rajouter des couches » E1 ; « *Il faut que le médecin il soit ouvert quoi* » E6 ; « *Enfin, déjà pas la juger. Ça c'est clair ! Ne pas juger le pourquoi, ne pas juger le fait qu'elles boivent* » E8).

L'auto-dévalorisation exprimée par les patientes contribue à expliquer leur besoin de **valorisation et d'accompagnement**. Elles manifestent une volonté forte d'être considérées, reconnues et félicitées par leur médecin (« *Et quelqu'un qui vous dit que "c'est bien, je suis fier"* » E10 ; « *de sentir qu'elle est importante, que c'est pas une patiente qu'elle va sortir et qu'on s'en fout.* » E1), avec une touche d'infantilisation pour l'une d'entre elle (« *plutôt lui dire "bon la démarche elle est bien, merci de votre confiance", ce genre de truc. D'être plutôt bienveillant. Un peu comme un petit animal, la féliciter pour qu'elle continue à vous en donner* » E1).

Elles énoncent également leur souhait d'être entourées, soutenues et portées par le corps médical (« *Je veux que tout le monde soit au courant. Voilà que ce soit Docteur C***, Docteur S***, Carole, voilà* » E4 ; « *Je sais aussi que j'ai le numéro de téléphone du Calme, là où j'étais avant. Je sais très bien que je peux les appeler à n'importe quel moment, il y aura toujours quelqu'un qui sera là pour me répondre, pour me reconforter* » E11).

L'accompagnement souhaité doit être maintenu sur la durée (« *Ce serait peut-être bien de faire une prise en charge ambulatoire ou de se voir plus régulièrement, pour faire le point régulièrement sur comment ça se passe etc* », « *Et puis si tu le revois un mois plus tard, de repasser la question "Bon comment ça se passe ?"* » E5 ; « *C'est important quand même qu'il fasse un suivi derrière ça, parce qu'il nous oriente vers des, quand même faut qu'il soit encore là, présent* » E10).

Dans la continuité de leur besoin d'accompagnement, les patientes ont également formulé leur volonté d'un **soutien élargi** avec l'inclusion de l'entourage (« *mais il faudrait aussi aider, faudrait aussi expliquer à l'entourage* », « *Quand, quand le médecin sait, convoquez la famille ou faire une réunion avec une consultation avec vraiment le conjoint. Le conjoint, les enfants, bah ceux qui veulent vraiment parce qu'il y en a qui... Y a aussi des conjoints qui s'en fichent.* » E11), et un souhait d'orientation vers des professionnels (« *Juste aborder le sujet en disant "Si jamais vous êtes prête à arrêter les produits etc, ou que vous avez envie"* au moins de pouvoir en parler, d'en discuter. *"On peut vous orienter sur telle ou telle structure sans forcément appeler un psychiatre"* qui va faire une HO » E5 ; « *Le médecin traitant peut aiguiller ou peut être mettre sur un papier, oser mettre sur papier des noms pour que la personne elle parte avec cette liste* », « *Après proposer peut-être des séances de sophro, de truc, de machin* » E8).

Ce besoin de soutien et d'inclusion de l'entourage peut naître de leurs expériences, avec un **cercle familial et amical** soutenant malgré certains conflits (« *J'ai la chance d'avoir des bons amis qui s'inquiètent pour moi* » E9 ; « *Ce qui est important pour moi c'est, dans ma vie, c'est mes enfants* » E7) et une **quête de soutien** personnel (« *Et puis un jour j'ai dit "Bon faut que j'arrête mes conneries, il faut que je, je me fasse aider"* » E8 ; « *Et j'étais de moi-même allée voir quelqu'un sur Montargis au CHAM* » E7 ; « *Et je me suis dit, il faut absolument qu'on m'aide, parce que toute seule...* » E10).

Pour répondre à ces attentes d'accompagnement et de soutien, les patientes désireraient un médecin **impliqué et proactif**.

Un médecin qui pose des questions concernant leur consommation, pour certaines l'abord de celle-ci doit être direct (« *Bah lui demander tout simplement ! -Cash ? – Bah ouais c'est mieux hein !* » E2) et pour d'autres cette approche doit être réalisée avec tact (« *Peut-être dire "Ben voilà, suite à votre grand malheur, est-ce qu'il y a quelque chose qui a changé dans votre vie ? Est-ce qu'il y a une dépendance qui s'est créée de quelque nature que ce soit ?"* » E9 ; « *Je pense qu'on peut aborder le sujet de manière bienveillante sans forcément aller prononcer le mot alcool tout de suite* » E5).

Quand la question a été posée, elles souhaitent que le sujet soit approfondi (« *Déjà qu'elle m'en parle, fin qu'elle me demande depuis quand j'en buvais. Si les consommations avaient augmenté depuis que j'avais commencé à boire, donc les consommations. Et dans quelles conditions je buvais* » E7).

Hormis deux patientes, l'ensemble des participantes attendent qu'on leur pose la question de leur consommation (« *Parce qu'il y a un moment donné, quand on est tombé vraiment dans la maladie alcoolique, je veux dire il y a des signes (...) je pense que le médecin généraliste doit au moins poser la question* » E5 ; « *On va nous dire "Vous fumez ?" mais on nous demande pas forcément "Vous buvez ?" (...) Voilà qu'on nous pose la question* » E11).

Elles désirent un médecin entreprenant, qui mette des choses en place (« *peut-être le relationnel c'est voilà "ben je vous imprime, voilà je vous imprime des trucs", elle fait l'impression* » E8 ; « *J'attendais un peu de quelque chose quand même de sa part quoi en ayant parlé de ça avec lui* » E6).

Cette mise en action peut également passer par la prescription de bilan complémentaire pour plusieurs d'entre elles, ou bien d'un questionnaire afin de libérer la parole des patientes plus à l'aise à l'écrit (« *Bah déjà commencer par une prise de sang* » E3 ; « *Faire un questionnaire sur les habitudes de vie, consommations diverses et variées* » E8 ; « *Et peut-être que là, sur un papier, une personne qui en aurait pas parlé aurait peut-être plus facilement répondu sur un papier* » E13 ; « *Alors que dans un écrit, je sais pas, après ça peut être bien pour des personnes qui n'arrivent pas à le verbaliser, qui ont besoin de l'écrire (...) parce qu'elle n'arrive pas à le dire et que par écrit c'est plus facile pour elle de l'avouer* » E10).

Pour finir, le dernier besoin exprimé est celui de **connaissance**.

Les patientes ont besoin d'explication, d'être informée (« *C'est tout ce qu'on nous a expliqué au Calme, parce qu'au Calme, c'était très détaillé, limite des cours de médecine et moi ça m'a vachement plu aussi parce que ça m'a stimulé* » E5 ; « *Donner des informations, des informations écrites, des prospectus, de parole pour les familles* » E11 ; « *Mais pourquoi pas non plus faire appel par exemple aux collaborateurs d'ici (CMP) et organiser peut-être une, ce que j'appelle une réunion publique. Un groupe de parole avec l'infirmière, vous le Docteur, pourquoi pas au niveau du pôle médical ?* » E9).

Les patientes sont avides de connaissance, cette quête de savoir peut naître de l'**apprentissage** qu'elles ont acquis à travers la maladie : une connaissance de la maladie et une meilleure connaissance de soi (« *J'ai aussi, à travers des thérapies de groupe, bah pouvoir comprendre certains mécanismes chez moi qui génèrent soit de l'angoisse, soit des consommations* », « *Ça m'aide à comprendre moi mon fonctionnement et ce que je dois faire pour éviter de replonger et ça fera de moi sûrement une meilleure soignante* » E5 ; « *De toute façon, tant qu'on est dans le déni, euh. C'est tellement plus facile de se soigner quand on accepte* » E11 ; « *Je dis je suis abstinente, je suis alcoolique mais abstinente mais un rien peut me faire retomber dedans. J'en suis consciente et d'être consciente de ça, ça me permet d'avancer plus vite* » E12).

Par conséquent, elles désirent un médecin **compétent** avec une formation et des compétences mises à jour notamment pour les troubles addictifs (« *Je pense qu'il devrait avoir plus de cours, de données, pour les futurs médecins. Au niveau de l'addiction, parce qu'il y a plein d'addictions. C'est maintenant que je me rends compte* », « *Je pense qu'ils sont pas assez formés au niveau de l'alcool. Je pense que c'est tellement nouveau de, puis de voir des femmes boire parce qu'il y en a de plus en plus !* » E12 ; « *Mais enfin c'est un médecin qui a 70 ans. Je dis pas que tous les médecins ne continuent pas à se former et à se tenir au courant, mais il y en a beaucoup qui le font pas* » E5).

PATIENTE

MEDECIN

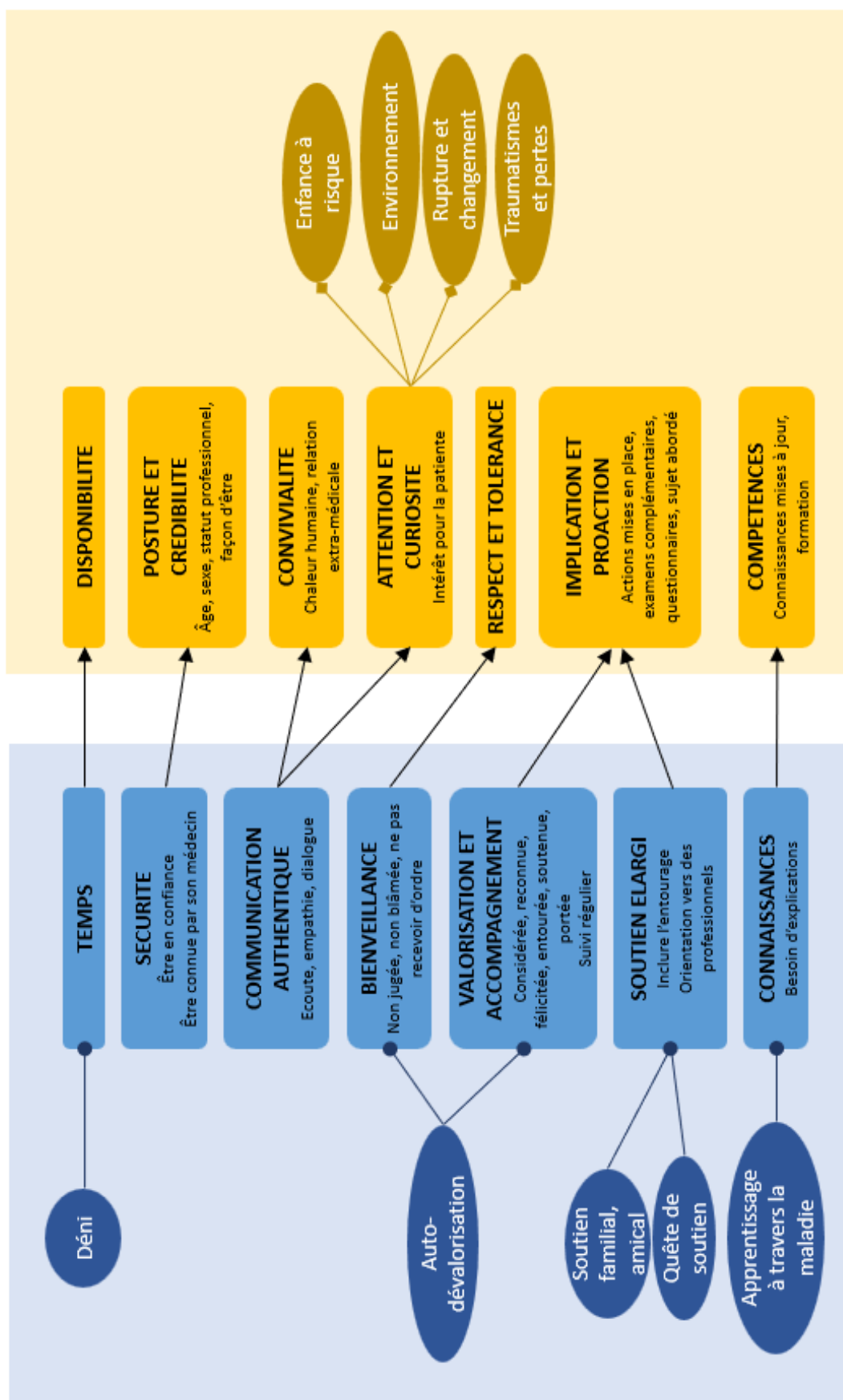


Figure 1: Modèle explicatif

IV. Discussion

1. Résultats. Comparaison avec la littérature

Notre étude constituait, à notre connaissance, le premier travail réalisé dans le département du Loiret consacré aux attentes des patientes présentant un mésusage d'alcool sur le repérage de leur consommation en consultation de médecine générale.

Parmi la recherche bibliographique, un travail de thèse réalisée en 2021 au CHU de Montpellier présente des similitudes au travail actuel dans son objectif principal et sa méthodologie. Le travail de recherche de Claire Montade pour sa thèse de doctorat de médecine générale, portait sur la question suivante « *Comment les femmes alcoolo-dépendantes souhaitent voir aborder leur problème par leur médecin généraliste ?* ». A travers une recherche qualitative, l'interrogation des 18 patientes a permis de recueillir des besoins similaires à ceux du travail actuel. Le médecin généraliste doit oser poser des questions et faire parler la patiente, et pour cela elle doit avoir confiance en lui. Elles attendent de leur médecin qu'il fasse preuve d'empathie, de compréhension et d'absence de jugement. La disponibilité, l'écoute, l'accompagnement et l'orientation sont également recherchés, tout comme le besoin d'informations. L'idée des questionnaires et de prise de sang est aussi avancée par ces patientes (14).

D'autres thèses ont également abordé le sujet, avec une méthodologie ou un recrutement différent.

Une thèse plus récente datant de 2024 s'intéressait aux attentes de 15 patients (tous sexes confondus) vis-à-vis de leur médecin traitant concernant le repérage de leur consommation (15). Leurs souhaits étaient les suivants : de l'écoute, de l'empathie, de la prévention, l'orientation vers un spécialiste, avoir un cadre et un suivi.

Une interne de médecine de Tours s'est intéressée en 2021 au vécu de 12 patients (tous sexes confondus) en centre de cure (16). L'objectif principal était d'explorer le vécu et les opinions de patients présentant un trouble de l'usage d'alcool, de comprendre leur ressenti face à leur prise en charge par leur médecin généraliste. L'un des objectifs secondaires était de repérer les attentes et besoins des patients alcoolo-dépendants envers les médecins généralistes. Le repérage n'était pas spécifiquement ciblé.

Les attentes vis-à-vis de la posture du médecin généraliste étaient les suivantes : une demande d'aide, une écoute et du temps, une orientation vers un spécialiste, une réassurance et un soutien, une certaine ouverture d'esprit et un suivi.

Une thèse de 2019 s'est également focalisée sur 11 femmes, mais qui ne présentaient pas nécessairement un mésusage d'alcool (17). L'objectif était d'évaluer le ressenti des patientes lorsqu'on leur parle de leur consommation d'alcool. Lors des entretiens, une des questions intermédiaires était « *De quelle manière le médecin devrait aborder le sujet alcool en consultation ?* ». Elles mettent en avant l'importance des techniques de communication, un langage simple et accessible. Elles attendent du médecin qu'il se montre disponible, avec une attitude bienveillante et sans jugement. Enfin, la relation médecin-patient semble primordiale avec une attention particulière à la confiance mutuelle.

Concernant le reste de la littérature, une étude parue en 2020 dans le British Journal of General Practice, s'est intéressée à analyser les sentiments et les expériences des patients (tous sexes confondus) atteints de trouble de l'usage d'alcool concernant le dépistage précoce de la consommation d'alcool par les médecins généralistes (18). Les besoins verbalisés sont semblables à ceux précédemment cités : une écoute bienveillante, une attitude dénuée de jugement, une relation de confiance, un soutien, et des informations sur les risques liés aux consommations. Les patients estiment que toute consultation pouvait être l'opportunité d'en parler.

Enfin, une étude française innovante dirigée par le Docteur Pautrat a été publiée en 2023 dans le BMC Medicine (19). Elle visait à explorer et à analyser de manière croisée les expériences et les opinions de 8 patients (tous sexes confondus, mais sans dépendance au tabac) et de 9 spécialistes en addictologie concernant le dépistage précoce des troubles addictifs en soins primaires afin d'identifier les obstacles au dépistage. L'étude ne s'est pas spécifiquement focalisée sur les patientes avec un mésusage d'alcool ni au médecin généraliste sans formation en addictologie mais des similitudes dans les résultats ont été retrouvées. Les patients recherchent un médecin empathique, impartial et attentionné, avec une approche sincère pour instaurer la confiance, et un besoin de contact humain.

Des divergences avec notre étude sont à noter. Les patients de l'étude du Docteur Pautrat ont souligné que l'expérience du médecin en matière de troubles liés à l'usage de substances n'était pas importante et qu'ils aimeraient que le médecin fasse le premier pas. Or, dans notre étude, le besoin de formation dans les troubles addictifs est l'une des attentes des patientes interrogées.

De plus, certaines d'entre-elles estimaient que c'était à la patiente de faire le premier pas ce qui n'était pas retrouvé dans l'étude croisée. (« *Parce que pour vous ce n'est pas à lui de vous en parler ? – Non, c'est à la dame* » E3 ; « *Moi je pense que ça vient de la patiente parce que le médecin lui, ben il écoute, il écoute* » E4 ; « *Je crois qu'il y a que les gens qui peuvent aller vers le médecin* » E7).

En février 2025, l'HAS a publié des documents d'amélioration des pratiques intitulés « Accompagner dès le premier recours pour diminuer le risque alcool des femmes - Repérer toutes les expositions à l'alcool et accompagner chaque femme » (11) (12) (20). Ils viennent compléter le premier volet dédié au repérage et l'accompagnement en population générale publié en 2023.

Différentes notions y sont abordées et hiérarchisées en sous-sections.

Dans celle s'intitulant « Accompagner chaque femme vers une diminution de son risque alcool »(11), il est écrit que les femmes ont besoin d'un climat de confiance basé sur le non-jugement, ce qui a été retrouvé dans notre étude.

Dans la poursuite de l'accompagnement, l'HAS rappelle la place particulière des structures et dispositifs adaptés aux femmes (consultations « femmes et alcool », groupes de parole et associations d'entraide dédiés aux femmes, plateformes numériques assurant l'anonymat) car elles contribuent à lutter contre la honte.

Les patientes de notre étude ont spontanément parlé de ces aides et notamment du soutien téléphonique (« *Bah je peux appeler comme SOS Amitié mais pour un soutien alcool quoi. Ça peut être des choses je pense qui peuvent être utiles quand on se sent pas bien* » E13). L'une d'entre elle est allée plus loin et propose l'idée d'une ligne téléphonique spécialement dédiée aux femmes (« *Je sais pas si ça existe un numéro pour l'alcool juste pour les femmes ? (...) que ce soit des femmes qui répondent que ce serait plus facile.* » E6). Ceci est un exemple de pair-aidance et de sororité, également abordés par l'HAS pour aider à libérer la parole (20).

Dans les points clés des documents, les spécificités des femmes face à l'alcool sont abordées car elles en majorent les risques. Parmi elles, figurent les « situations à risque » comme les traumatismes notamment sexuels, y compris infantiles et les violences subies au sens large (20). Ces notions ont de même été avancées par les patientes comme point de vigilance auquel le médecin généraliste doit être attentif. Un peu plus loin, l'HAS fait également écho à nos résultats en affirmant que les « *femmes doivent bénéficier d'un repérage systématique et répété (...) avec une attention renforcée lors de certains temps forts : retraite (...), veuvage* ».

Une attention particulière doit également être accordée aux consommations d'alcool de l'entourage car elles « *sont susceptibles d'impacter à tout âge la santé des femmes, en influençant leurs usages (effet incitatif)* ». Cette affirmation peut être mise en relation avec 2 facteurs de risques abordés par les patientes de l'étude : l'hérédité et le conjoint consommateur.

Etant donné le risque inhérent de l'entourage sur les consommations des femmes, le travail de l'HAS préconise d'accompagner l'entourage. Les raisons avancées ne sont pas les mêmes que celles exprimées par les patientes de l'étude.

En effet, l'HAS recommande cet accompagnement afin de diminuer les risques propres de l'entourage (suivi en cas de trouble neurodéveloppementaux, soutien éducatif). Les raisons retrouvées dans l'étude sont pour un soutien et une information de l'entourage.

L'information a aussi une place dans ces documents. Dans notre travail, l'un des besoins exprimés était celui de connaissance et d'explications. Nos résultats sont cohérents avec ceux de l'HAS affirmant que « *les femmes sont majoritairement dans l'attente et réceptives aux informations et conseils visant l'amélioration de leur santé et qualité de vie* ».

L'HAS dresse le tableau idéal à mettre en place afin de faciliter le dialogue et la liberté de parole de la femme. Elle reprend une partie des besoins exprimés et attendus des patientes de l'étude : le climat de confiance et le non-jugement, l'écoute, la reconnaissance, le respect de la temporalité avec un maintien de l'écoute en laissant la porte ouverte aux échanges (20).

Finalement, l'HAS résume et confirme les résultats de notre étude avec l'affirmation suivante : « *Le lien de confiance et le dialogue avec chaque femme sur ses usages, (...) et ses besoins, est le socle du repérage* »

Notre étude est en accord avec les résultats retrouvés dans la littérature. Son originalité repose sur la proposition d'un modèle explicatif des attentes envers le rôle du médecin généraliste en fonction des besoins ressentis des patientes.

2. Forces et limites

a. Type d'enquête et entretiens

Le choix de la méthode a été dicté par l'objectif qui était à la fois d'analyser les opinions et de comprendre les attentes des patientes concernant le repérage de leur consommation. Les entretiens ont permis de comprendre les besoins ressentis des patientes et de les mettre en relation avec les attentes qu'elles expriment vis-à-vis de leur médecin.

Il s'agit donc d'une étude déclarative, qui ne permet pas une vérification de la véracité des faits.

Tous les entretiens ont été réalisés de manière individuelle. Les deux premiers sont de courte durée. En effet, ils ont été réalisés le jour même de la proposition de leur addictologue de participer à l'étude. Cette demande de participation a été formulée en présence de l'enquêtrice, ce qui a pu influencer leur choix en les contraignant d'accepter. Néanmoins, ces deux entretiens ont été maintenus pour l'analyse car ils ont apporté des éléments importants pour la construction du modèle explicatif.

Par la suite, toutes les demandes de participation à l'étude ont été réalisées en l'absence de l'enquêtrice, et aucune patiente ne la connaissait auparavant afin d'avoir un accord impartial de leur part.

b. Echantillon

Dans un souci de logistique, la population s'est portée sur le département du Loiret. L'échantillonnage était diversifié, prenant en compte des patientes différentes dans leur âge, profession, statut marital, nombre d'enfant, lieu de vie et consommation actuelle d'alcool. La recherche qualitative ne requiert pas d'échantillon représentatif de la population étudiée, ainsi, les patientes ont été recrutées au fur et à mesure de l'analyse des entretiens. En cours du travail de recherche, l'enquêtrice a pu affiner sa recherche et demander aux professionnels recruteurs des patientes permettant de répondre aux hypothèses émergentes.

Une patiente a refusé de participer à l'étude après proposition de son infirmière référente et après avoir discuté de l'étude lors de leur consultation de suivi. Cette patiente n'a pas donné de raison particulière pour son refus.

Une patiente a refusé de fixer au téléphone un rendez-vous avec l'enquêtrice, après un premier accord donné à son addictologue.

Lors de l'appel, cette patiente était vraisemblablement alcoolisée, ne semblait pas comprendre ni connaître le nom de son addictologue lorsque son nom lui a été mentionné.

Deux patientes n'ont pas honoré leur rendez-vous. Après appel de la première patiente, celle-ci affirme avoir oublié son rendez-vous, d'autant plus qu'il était à la suite de son rendez-vous de suivi avec son addictologue. Elle avait annulé ce rendez-vous une semaine auparavant, sans prévenir les secrétaires de l'entretien avec l'enquêtrice par la suite. Les raisons de l'annulation sont pour des « problèmes familiaux ». Elle n'a également pas repris rendez-vous avec son addictologue, c'est la raison pour laquelle un nouvel entretien pour participation à ce travail de recherche ne lui a pas été proposé.

La seconde patiente a annulé le jour même son rendez-vous de suivi avec son infirmière référente, annulant ainsi son entretien avec l'enquêtrice qui avait lieu après celui-ci. Elle n'a pas donné les raisons de son annulation.

Enfin, le fait que les recruteurs soient les addictologues ou infirmiers référents des patientes, a pu contribuer à amoindrir le nombre de refus de participation.

c. Scientificité

La scientificité renvoie à une démarche rigoureuse propre à la science, qui se distingue d'une approche spéculative (13). Dans le cadre de notre étude qualitative, notre manque d'expérience en la matière a probablement entraîné certains biais lors de la collecte des données, notamment une possible influence des opinions de l'enquêtrice sur les premiers entretiens. Cependant, la méthode s'est progressivement améliorée au fil des entretiens. Les biais d'analyse ont été atténués grâce à une triangulation des premiers entretiens. De plus, au moment de l'étude, l'enquêtrice avait déjà réalisé une année de stage en addictologie et débutait une formation spécialisée transversale en addictologie, ce qui lui a permis d'être à l'aise avec les patientes et de faciliter les échanges. Nous avons veillé à respecter les critères de qualité d'une recherche qualitative tels que proposés par le Professeur Jean-Pierre Lebeau dans son ouvrage (13).

d. Recueil et analyse des données

i. Suffisance et saturation

La suffisance signifie que le recueil de données est suffisant pour décrire le phénomène étudié (13). Conformément à l'approche choisie, inspirée de la théorisation ancrée, les données ont été recueillies de manière progressive au fil des entretiens, dans une logique de recherche de saturation des données.

Ce processus s'est poursuivi jusqu'à atteindre une saturation théorique, c'est-à-dire le moment où les nouvelles données n'apportaient plus d'informations significatives supplémentaires sur le phénomène étudié. Il n'apparaissait plus de nouvelle propriété pour compléter une catégorie ou en créer une nouvelle, ainsi le modèle explicatif était complet (13).

ii. Triangulation

La triangulation des données repose sur la diversité des perspectives, offrant ainsi une compréhension plus approfondie et nuancée de la thématique étudiée. « *C'est la diversité des points de vue qui est alors recherchée pour dégager une vision plus riche d'une thématique* » (21).

L'analyse des trois premiers verbatims a été menée de manière indépendante par deux chercheuses : Sonia Bocca, docteure en médecine générale, et Jade Hardy, autrice. Leurs analyses ont ensuite été confrontées afin d'aboutir à un consensus. À partir de ce cadre d'analyse commun, la poursuite de l'interprétation des données a été assurée par l'autrice seule.

3. Les perspectives

Les besoins exprimés des patientes répondent à une stratégie de prise en charge déjà préconisée par l'HAS : le repérage précoce avec intervention brève (RPIB) (22).

Il débute par un repérage, qui peut être aidé par des questionnaires. Ce qui vient faire écho aux attentes de certaines patientes de notre étude. Il peut être réalisé soit par le questionnaire FACE, qui est une hétéroévaluation réalisable en consultation ou bien par l'auto-questionnaire AUDIT. Les résultats de notre étude suggèrent l'idée de mettre à disposition un questionnaire pour notamment permettre aux patientes les moins à l'aise à l'oral d'alerter leur médecin généraliste. Cependant, les salles d'attentes ne peuvent être inondées de documents et d'informations, au risque de perdre les patients et patientes. Il pourrait être proposé aux médecins généralistes de mettre à disposition le questionnaire AUDIT dans leur salle d'attente notamment lors du mois de janvier dans le cadre du « Dry January ».

Cette proposition d'action répondrait à plusieurs attentes des patientes qui sont la recherche d'un médecin impliqué et proactif mais également compétent avec des connaissances mises à jour.

De plus, cette mise à disposition du questionnaire répondrait à un problème de santé plus large car la majorité des dommages liés à l'alcool concerne des personnes qui n'ont pas de critères de trouble de l'usage (23). Le questionnaire permettrait d'étendre le repérage aux patients à risque et ainsi de réaliser de la prévention primaire.

A la suite du repérage, le RPIB fait appel à ce que l'on nomme « l'intervention brève » dont la durée est variable en fonction de chaque situation. Selon l'HAS, l'intervention brève d'un RPIB classique est réputée durer 3 à 5 minutes (22), ce qui est faisable en consultation de médecine générale. Les différents items constituant cette intervention répondent également aux besoins exprimés des patientes de notre étude.

En effet, l'item « *Identifier les représentations, les attentes de la personne* », répondrait au besoin d'attention et de curiosité attendu du médecin généraliste. Les items « *Proposer des objectifs et laisser le choix* », « *Donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation* » répondraient à ceux de disponibilité. Et enfin ceux d'« *Expliquer les risques liés à l'alcool, le verre-standard, les repères de consommation* », « *Expliquer les méthodes utilisables pour réduire son risque alcool* » et « *Remettre une documentation et/ou des liens numériques vers de l'information, du conseil, des outils d'évaluation et d'auto-gestion, des coordonnées d'associations* », répondraient au besoin de connaissance des patientes.

Dans la lignée du RPIB, l'approche attendue des patientes concernant leur médecin généraliste répond à une méthode de communication ayant fait ses preuves notamment dans le domaine de l'addiction : l'entretien motivationnel.

Selon Miller et Rollnick, l'entretien motivationnel est « *un moyen d'accompagner les personnes tout au long de leur parcours de changement et de développement* », c'est « *une façon de faire ce que vous faites déjà en tant que professionnel de l'aide, une façon d'être avec les personnes au service desquelles vous êtes* » (24). Les concepts clés le constituant sont le partenariat, le non-jugement, l'altruisme et la promotion de l'autonomie. Ces quatre éléments rappellent les besoins exprimés des patientes de notre étude.

Des formations en entretien motivationnel sont proposés en formation continue. Cependant, il serait intéressant d'en transmettre les principes dès la formation initiale notamment aux étudiants en médecine. Un enseignement de 16h est notamment proposé aux internes de médecine générale Tourangeaux en cours d'internat.

Pour poursuivre sur les propositions de mise en place d'action en pratique, il pourrait être proposé aux organismes responsables des Formations Médicales Continues de majorer leur offre concernant le thème des addictions.

Après discussion avec des médecins généralistes, ceux-ci ont fait part à l'enquêtrice de l'offre peu étendue de FMC en rapport avec l'alcool. Un travail de thèse de 2016, s'est intéressé au ressenti et aux difficultés des médecins généralistes dans le suivi des patients présentant un trouble de l'usage d'alcool (25). Les médecins interrogés remettent en cause leurs compétences.

Ils expriment un sentiment de connaissance et d'expérience limitées par un manque de formation ou une formation ancienne non adaptée à la consommation actuelle, ce qui coïncide avec les retours reçus de l'enquêtrice.

A la suite de cette thèse explorant les attentes des patientes, il pourrait être intéressant de réaliser un second travail explorant les attentes et opinions des médecins généralistes sur le repérage des troubles de l'usage d'alcool chez les femmes. Cela permettrait d'enrichir le modèle explicatif notamment en le complétant par les besoins ressentis du professionnel.

V. Conclusion

Cette étude qualitative, réalisée auprès de quatorze femmes ayant un antécédent de mésusage d'alcool, a permis d'identifier des besoins spécifiques lors du repérage de leur consommation d'alcool. Son originalité réside dans le lien établi entre les attentes exprimées envers leur médecin généraliste et les besoins personnels qu'elles ont formulés au cours des entretiens. A chaque besoin exprimé correspond une attente formulée vis-à-vis de l'attitude du médecin généraliste.

Ces femmes attendent un repérage respectueux, basé sur une relation de confiance, une écoute active, et une posture non jugeante. Le besoin de temps, de disponibilité, de connaissance et de soutien dans la durée est récurrent, tout comme le souhait d'une approche empathique, humaniste. Elles révèlent également à quel point certains moments de vie devraient alerter le médecin généraliste et inciter à ouvrir le dialogue. Proposer un auto-questionnaire AUDIT en salle d'attente, pour évaluer ces consommations d'alcool notamment lors du mois de janvier pourrait être une porte d'entrée au repérage, et un facilitateur d'entretien pour certaines patientes.

Les résultats montrent également l'importance que les femmes accordent à la compétence du médecin sur les questions d'addiction, à sa capacité à poser les bonnes questions avec tact et à proposer un accompagnement adapté, dans le respect du rythme de la patiente. L'entretien motivationnel répond aux besoins et attentes exprimés des patientes.

Ce travail s'inscrit dans la continuité des recommandations récentes de la HAS, et montre combien les femmes sont prêtes à parler, à condition de se sentir reconnues, écoutées et soutenues.

Enfin, au-delà du repérage, cette étude invite à repenser le rôle du médecin généraliste comme un accompagnant dans le parcours de soins, un facilitateur de lien, et un acteur essentiel de la prévention en santé des femmes.

VI. Annexes

1. Annexe 1 : Mail d'information pour les professionnels de santé recruteurs

Mail

Bonjour à tous,

(...)

Je suis à la recherche de **femmes majeures** présentant ou ayant présenté un **mésusage d'alcool (avec ou non une alcoolo-dépendance)**. Idéalement, il faudrait qu'elles aient ou déjà eu un **médecin généraliste** depuis le début du mésusage.

J'ai choisi le mésusage, regroupant l'usage à risque ; l'usage nocif et la dépendance, car il me semble plus approprié en médecine générale de repérer dès l'usage à risque.

Je pense que vous avez ce que je recherche dans vos patientèles respectives.

Il n'y aura aucun geste technique, aucune procédure diagnostique ou thérapeutique. Il s'agira simplement d'un entretien individuel avec moi.

Pour limiter les biais, je ne peux pas recruter des patientes que je suis. De plus, je ne peux pas expliquer tous les détails de ma thèse aux patientes car elles pourraient s'informer en amont sur la question et ne pas être totalement spontanées dans leurs propos.

Vous pouvez simplement leur dire que je suis interne en médecine (ne pas préciser en médecine générale sauf si elles demandent) et que ma thèse de fin de cursus aborde la problématique de l'alcool chez les femmes.

Si vous souhaitez personnellement en savoir plus sur ma thèse, je suis évidemment disponible.

Je joins à ce mail la note d'information et de consentement que vous pourrez remettre aux patientes intéressées.

Par la suite, pourriez-vous me communiquer les nom/prénom des patientes à qui vous avez remis cette note ? Les refus après lecture de la note m'intéressent également.

Je vous remercie grandement pour votre aide !

Jade

2. Annexe 2 : Document d'information et lettre de consentement

DOCUMENT D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Madame,

Vous êtes invitée à participer à une étude s'intéressant à la consommation d'alcool chez les femmes.

Entre 2017 et 2020, la proportion d'adultes dépassant les repères de consommation d'alcool à moindre risque était stable. En 2021, une légère diminution (de 23,7% à 22%) est amorcée par la baisse de consommation parmi les hommes. En effet, cette évolution n'apparaît pas significative chez les femmes. Les prochains résultats du Baromètre de Santé Publique France seront publiés courant 2024.

Le sujet de l'alcool chez les femmes reste encore « tabou » et pourtant elles sont plus exposées aux complications de son mésusage. Par rapport aux hommes, elles consultent davantage leur médecin généraliste, serait-ce une porte d'entrée pour en parler ?

Si vous acceptez d'y participer, vous serez invitée à signer au préalable un formulaire de consentement. Votre signature attestera que vous avez accepté de participer.

1- Procédure de l'étude

Vous vous entretiendrez avec l'investigatrice de l'étude, lors d'un entretien individuel. Les modalités de rencontre seront à définir selon vos préférences. Cette étude vise à mieux comprendre la problématique de l'alcool chez les femmes.

2- Risque potentiel de l'étude

L'étude ne présente aucun risque. Il n'y aura aucun geste technique, aucune procédure diagnostique ou thérapeutique. Il ne s'agira que d'un entretien à deux, basé sur une discussion. Vous pouvez mettre fin à l'entretien à tout moment sans conséquence sur votre prise en soin actuelle et future.

3- Bénéfices potentiels de l'étude

Grâce à votre témoignage, vous nous aiderez à faire progresser les connaissances sur ce sujet. Vous pourrez également mieux vous comprendre, émettre des hypothèses et possiblement aider des femmes à verbaliser leur problématique.

4- Participation à l'étude

La participation est entièrement volontaire, et non rémunérée. Vous disposez d'un droit d'opposition, sans conséquence sur la suite du traitement ni de la qualité des soins qui vous seront fournis.

5- Informations complémentaires

Vous pouvez obtenir toutes les informations que vous jugerez utiles soit auprès de l'investigatrice, Jade Hardy (***) ou auprès du coordinateur de la recherche, Dr Johann Briand (***)

A l'issue de l'étude, si vous le désirez, les résultats obtenus vous seront communiqués.

L'avis de la cellule « Recherches Non Interventionnelles » du CHRU de Tours a été pris en amont. Cette étude ne nécessite pas de déclaration à la CNIL, ni d'avis d'un comité d'éthique.

6- Confidentialité et utilisation des données médicales ou personnelles

Dans le cadre de la recherche à laquelle vous êtes invitée à participer, vos données personnelles feront l'objet d'un traitement, afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. Ces données seront entièrement anonymisées, et leur identification codée. Les personnes impliquées dans cette étude sont assujetties au secret professionnel.

Selon la loi, vous pouvez avoir accès à vos données et les modifier à tout moment. Vous pouvez également vous opposer à la transmission de données couvertes par le secret professionnel. Si vous acceptez de participer à cette étude, je vous remercie de compléter et signer le formulaire de consentement suivant.

Coordinateur de la recherche : Le Docteur Johann Briand, médecin généraliste, et PH au CH de Vendôme avec consultation en addictologie.

Investigatrice : Jade Hardy, interne en médecine.

LETTRE DE CONSENTEMENT

J'ai été sollicitée pour participer au projet de recherche en santé mené par le Docteur Briand et l'interne Jade Hardy.

J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir à ma participation à cette étude. J'ai été prévenue que ma participation à l'étude se fait sur la base du volontariat et ne comporte pas de risque particulier.

Je peux décider de me retirer de l'étude à tout moment, sans donner de justificatif et sans que cela n'entraîne de conséquence. Si je décide de me retirer de l'étude, j'en informerai immédiatement l'investigatrice.

J'ai été informée que les données colligées durant l'étude resteront confidentielles et seront seulement accessibles à l'équipe de recherche. Après leurs analyses, ces données seront supprimées à la fin de l'étude.

J'ai été informée de mon droit d'accès à mes données personnelles, et à la modification de celles-ci.

Mon consentement n'exonère pas les organisateurs de leurs responsabilités légales. Je conserve tous les droits qui me sont garantis par la loi.

Nom :

Lieu et date :

Signature :

3. Annexe 3 : Guide d'entretien semi-dirigé

Je vais vous poser quelques questions, pour faire connaissance, puis nous discuterons ensemble. Votre avis m'intéresse !

Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses aux questions. La bonne réponse est simplement celle que vous allez me donner. Si au fil de la discussion vous changez d'avis sur une question ou un sujet précédemment abordé, n'hésitez pas à revenir en arrière pour qu'on en reparle.

1) Description de la population d'étude : « **Pouvez-vous me parler de vous ?** » / « **Présentez-vous ?** »

- Age, situation familiale et professionnelle, lieu de vie (ville/campagne)
- Êtes-vous suivie pour d'autres addictions ?

2) Histoire de la consommation : « **Racontez-moi l'histoire de l'alcool dans votre vie** » / « **Comment l'alcool est devenu problématique dans votre vie ?** », « **Pourquoi êtes-vous entrée dans le soin en addictologie ?** »

- Actuellement, êtes-vous encore consommatrice ? Abstinente ? Avez-vous une consommation contrôlée ?
- Depuis quand la consommation d'alcool vous pose problème ?
- Quelles ont été les raisons/motivations de votre entrée dans le soin en addictologie ?
- A quel professionnel avez-vous parlé en premier de votre problématique avec l'alcool ?
- Comment êtes-vous suivie ?

3) Attentes/représentation du rôle du médecin : « **Et votre médecin généraliste dans tout ça ?** »

- Comment décririez-vous la relation avec votre médecin généraliste ?
- Votre consommation d'alcool a-t-elle déjà été abordée en consultation de médecine générale ? Si oui, comment cela a été demandé ?
- Quelles caractéristiques du médecin influencent selon vous la facilité à aborder la problématique d'alcool ?
- Qu'attendez-vous de votre médecin généraliste vis à vis de la maladie d'alcool ?

4) Le repérage : « **Parlons du repérage, comment les médecins généralistes pourraient repérer les femmes ayant une problématique avec l'alcool ?** »

- Que pensez-vous du repérage du mésusage d'alcool par le médecin généraliste ?
- Afin de repérer une consommation excessive d'alcool chez une femme : quel(s) comportement(s) et quelle(s) question(s) auriez-vous aimés/attendus que votre médecin vous pose ?
- Et au contraire, quelle(s) question(s) ou comportement(s) ne doit-il/elle pas avoir afin de libérer la parole ?
- Quelles sont vos pistes d'amélioration pour une meilleure prise en charge ?
- Vous avez en face de vous un médecin généraliste, que pourriez-vous me dire pour améliorer le repérage des problèmes d'alcool chez les femmes ?

➔ **Fin d'entretien** : **Souhaitez-vous aborder quelque chose d'autre ? Pensez-vous avoir besoin d'un second entretien ?**

Légende :

Phrase modifiée ou rajoutée au fur et à mesure des entretiens

4. Annexe 4 : verbatim complet (disponible sur demande)

Bibliographie

1. Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles. L'addiction à l'alcool [Internet]. [cité 13 mai 2025]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/l-addiction-a-l-alcool>
2. Bonaldi C, Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. BEH. 2019;(5-6):97-108.
3. Douchet MA. La consommation d'alcool et ses conséquences en France en 2023 [Internet]. OFDT; 2024 nov [cité 2 déc 2024] p. 10. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publication/2024/la-consommation-d-alcool-et-ses-consequences-en-france-en-2023-2437>
4. Bourgain C, Falissard B, Blecha L, Benyamina A, Karila L, Reynaud M. A damage/benefit evaluation of addictive product use. *Addiction*. 2012;107(2):441-50.
5. Nutt DJ, King LA, Phillips LD. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet*. 6 nov 2010;376(9752):1558-65.
6. Andler R, Quatremère G, Richard JB, Beck F, Nguyen-Thanh V. La consommation d'alcool des adultes en France en 2021, évolutions récentes et tendances de long terme. BEH. 23 janv 2024;(2):22-31.
7. INSEE. Femmes et hommes, l'égalité en question [Internet]. 2022. Disponible sur: file:///C:/Users/jadec/OneDrive/Bureau/Documents%20importants/Interne/FST%20Addict o%202023-2024/20et21nov2023/IREF_FH22.pdf
8. Bonnet N, Hochet M. Premiers gestes en alcoologie. RESPADD. Paris; 2023.
9. Institut national du cancer, Santé Publique France. Baromètre cancer 2021 [Internet]. 2023 janv [cité 20 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Barometre-cancer-2021-Rapport-planches>
10. Cogordan C, Quatremère G, Andler R, Guignard R, Richard JB, Nguyen-Thanh V. Dialogue entre médecin généraliste et patient : les consommations de tabac et d'alcool en question, du point de vue du patient. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 1 nov 2020;68(6):319-26.
11. Haute Autorité de Santé. Diminuer le risque alcool des femmes: les points critiques en premier recours [Internet]. 2025 févr [cité 30 mars 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-02/synthese._points_critiques_en_premier_recours_diminuer_le_risque_alcool_des_femmes.pdf
12. Chandesris MO. Fiche points clés - Comment repérer et accompagner les consommations d'alcool ? 16 févr 2022;
13. Lebeau JP. Initiation à la recherche qualitative en santé: le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Global Média Santé, CNGE productions; 2021.
14. Montade C. L'alcool et les femmes: repérage en médecine générale [Internet]. Clermont Auvergne; 2021. Disponible sur:

file:///C:/Users/jadec/OneDrive/Bureau/Documents%20importants/Interne/Travail%20th%C3%A8se/Th%C3%A8se%20MONTADE%20Claire.pdf

15. Barthes A, Burel A. Quelle est la perception des patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool concernant leur repérage en médecine générale? Étude qualitative auprès de patients des Alpes Maritimes et du Var. avr 2024;
16. Delaunay-Belleville C. Le vécu et l'opinion des patients présentant une addiction à l'alcool face au repérage et à la prise en charge par le médecin généraliste [Internet]. 2021 [cité 29 mars 2025]. Disponible sur: http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2021_Medecine_DelaunayBellevilleCynthia.pdf
17. David P, Mien H. Que pensent les patientes de plus de 18 ans du repérage du mésusage d'alcool en consultation de médecine générale en Loire-Arlantique? 2019.
18. Coste S, Gimenez L, Comes A, Abdelnour X, Dupouy J, Escourrou E. Discussing alcohol use with the GP: a qualitative study. BJGP Open. 2020;4(2):bjgpopen20X101029.
19. Pautrat M, Renard C, Riffault V, Ciolfi D, Edeline A, Breton H, et al. Cross-analyzing addiction specialist and patient opinions and experiences about addictive disorder screening in primary care to identify interaction-related obstacles: a qualitative study. Subst Abuse Treat Prev Policy. 17 févr 2023;18:12.
20. Haute Autorité de Santé. Accompagner dès le premier recours pour diminuer le risque alcool des femmes [Internet]. 2025 févr [cité 4 avr 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-02/guide._accompagner_des_le_premier_recours_pour_diminuer_le_risque_alcool_des_femmes.pdf
21. Sawadogo HP. Saturation, triangulation et catégorisation des données collectées. [cité 7 avr 2025]; Disponible sur: <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/projetthese/chapter/lanalyse-des-donnees-et-la-triangulation-attribue/>
22. Haute Autorité de Santé. Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool. 20 juill 2023;
23. Haute Autorité de Santé. Haute Autorité de Santé. 2023 [cité 7 avr 2025]. Alcool : accompagner chaque personne à diminuer son risque. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3470432/fr/alcool-accompagner-chaque-personne-a-diminuer-son-risque
24. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager et réaliser le changement. [Internet]. InterEditions. Dunod; 2024 [cité 14 avr 2025]. 432 p. Disponible sur: <https://excerpts.numilog.com/books/9782729624286.pdf>
25. Nguon M. Le patient alcoolique : entre représentation médicale et prise en charge. Enquête auprès des médecins généralistes de Picardie [Internet]. Faculté de médecine d'Amiens; 2016 [cité 7 avr 2025]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01385234>

Vu, le Directeur de Thèse

Tours, le 26 avril 2025



D. BRIAND Johann

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

RESUME

Introduction : Malgré une stabilité globale entre 2017 et 2021, la consommation hebdomadaire d'alcool a baissé chez les hommes, tandis qu'elle stagne, voire augmente chez les femmes, notamment chez les 35-44 ans, avec une hausse des alcoolisations ponctuelles importantes.

Malgré leur fréquence de consultation plus élevée et une vulnérabilité physiologique accrue face à l'alcool, les femmes sont insuffisamment ciblées par le repérage en médecine générale.

Objectif : Explorer les perceptions des femmes ayant un antécédent de mésusage d'alcool concernant le repérage de leur consommation en médecine générale. Identifier les attentes de ces patientes envers leur médecin généraliste.

Méthode : Etude qualitative avec une approche inspirée par la théorisation ancrée par le biais d'entretiens semi-dirigés individuels. Les patientes ont été recrutées par leurs professionnels de santé référents.

Résultats : Quatorze patientes habitant dans le Loiret ont été interrogées.

L'étude suggère que les attentes des patientes vis-à-vis de leur médecin généraliste sont étroitement liées à des besoins personnels. Elles expriment notamment le besoin de temps, de sécurité et d'une communication sincère. Pour y répondre, le médecin doit se montrer disponible, chaleureux, attentif et curieux, en particulier lors de certains moments de vie sensibles. Marquées par une forte auto-dévalorisation, les patientes attendent également de la bienveillance, de la reconnaissance et un accompagnement. Elles souhaitent que leur médecin fasse preuve de respect et d'une implication concrète.

Par ailleurs, elles expriment un besoin d'information et souhaitent que leur médecin actualise ses connaissances.

Enfin, elles soulignent l'importance d'associer l'entourage et les autres professionnels de santé, perçus comme des soutiens dans leur parcours.

Discussion et conclusion : Le repérage précoce avec intervention brève associé à de l'entretien motivationnel répond aux attentes exprimées par les patientes envers leur médecin généraliste. La mise à disposition du questionnaire AUDIT en salle d'attente, notamment durant le mois de janvier, pourrait constituer une première approche pertinente. Par ailleurs, renforcer l'offre de Formation Médicale Continue en addictologie à destination des médecins généralistes contribuerait à accroître leur sensibilisation et leurs compétences en matière de repérage.

CORBES-HARDY Jade

54 pages – un tableau – une figure

Résumé :

Introduction : Malgré une stabilité globale entre 2017 et 2021, la consommation hebdomadaire d'alcool a baissé chez les hommes, tandis qu'elle stagne, voire augmente chez les femmes, notamment chez les 35-44 ans, avec une hausse des alcoolisations ponctuelles importantes.

Malgré leur fréquence de consultation plus élevée et une vulnérabilité physiologique accrue face à l'alcool, les femmes sont insuffisamment ciblées par le repérage en médecine générale.

Objectif : Explorer les perceptions des femmes ayant un antécédent de mésusage d'alcool concernant le repérage de leur consommation en médecine générale. Identifier les attentes de ces patientes envers leur médecin généraliste.

Méthode : Etude qualitative avec une approche inspirée par la théorisation ancrée par le biais d'entretiens semi-dirigés individuels. Les patientes ont été recrutées par leurs professionnels de santé référents.

Résultats : Quatorze patientes habitant dans le Loiret ont été interrogées.

L'étude suggère que les attentes des patientes vis-à-vis de leur médecin généraliste sont étroitement liées à des besoins personnels. Elles expriment notamment le besoin de temps, de sécurité et d'une communication sincère. Pour y répondre, le médecin doit se montrer disponible, chaleureux, attentif et curieux, en particulier lors de certains moments de vie sensibles. Marquées par une forte auto-dévalorisation, les patientes attendent également de la bienveillance, de la reconnaissance et un accompagnement. Elles souhaitent que leur médecin fasse preuve de respect et d'une implication concrète. Par ailleurs, elles expriment un besoin d'information et souhaitent que leur médecin actualise ses connaissances. Enfin, elles soulignent l'importance d'associer l'entourage et les autres professionnels de santé, perçus comme des soutiens dans leur parcours.

Discussion et conclusion : Le repérage précoce avec intervention brève associé à de l'entretien motivationnel répond aux attentes exprimées par les patientes envers leur médecin généraliste. La mise à disposition du questionnaire AUDIT en salle d'attente, notamment durant le mois de janvier, pourrait constituer une première approche pertinente. Par ailleurs, renforcer l'offre de Formation Médicale Continue en addictologie à destination des médecins généralistes contribuerait à accroître leur sensibilisation et leurs compétences en matière de repérage.

Mots clés : Repérage - Mésusage d'alcool – Femmes - Médecine générale – Besoins - Attentes

Jury :

Président du Jury :

Directeur de thèse :

Membres du Jury :

Professeur Nicolas BALLON

Docteur Johann BRIAND

Docteur Anne-Marie BRIEUDE

Docteur Christelle CHAMANT

Date de soutenance :

26 juin 2025