



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 19 octobre 2023 à Poitiers
par **Madame Lisa CARRIERE**

Appréciation de la consommation d'alcool de patients en médecine
générale en Poitou-Charentes : analyse comparative

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI

Membres : Madame le docteur Violaine RANDRIAN, MCU-PH
Madame le Docteur Agnès PASTRE

Directeur de thèse : Madame le Docteur Emmanuelle DELEAU-BOUGES



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 19 octobre 2023 à Poitiers
par **Madame Lisa CARRIERE**

Appréciation de la consommation d'alcool de patients en médecine
générale en Poitou-Charentes : analyse comparative

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI

Membres : Madame le docteur Violaine RANDRIAN, MCU-PH
Madame le Docteur Agnès PASTRE

Directeur de thèse : Madame le Docteur Emmanuelle DELEAU-BOUGES

LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2023 – 2024

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLIVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUT Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jlad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.AS et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGAUD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesseur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (*en détachement*)
- BILAN Frédéric, génétique
- BRUNET Kevin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNIER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVARD Camille, cancérologie
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 2 ans à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (*absente jusqu'au 29/12/2023*)
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes
- JAVAGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- MASSON REGNAULT Marie, dermato-vénéréologie
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale

- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Professeur associé des universités des disciplines odontologiques

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaële
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023) – renouvellement 3 ans demandé – en cours
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice

- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle – **réfèrent relations internationales**
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique (**retraite au 01/12/2023**)
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAUD Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie (HDR)
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie (HDR)
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in – référente égalité-diversité**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie (HDR)
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)

- ARANZANA-CLIMENT Vincent, pharmacologie
- KAOUAH Zahyra, bactériologie
- MOLINA PENA Rodolfo, pharmacie galénique

Professeur émérite

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

REMERCIEMENTS

Je remercie **Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI** d'avoir accepté d'être le président de mon jury de thèse et de me faire l'honneur de juger mon travail.

Je remercie également **Madame le Docteur Violaine RANDRIAN** d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse et de juger mon travail.

Je remercie **Madame le Docteur Agnès PASTRE** de m'avoir accompagnée pendant mon stage de SASPAS et d'avoir généreusement accepté de faire partie de mon jury de thèse.

Je tiens également à remercier **Madame le Docteur Emmanuelle DELEAU BOUGES**, ma directrice de thèse. Elle m'a vu évoluer et m'a épaulée, pendant mon internat et dans mes premiers pas de médecin remplaçante. Je la remercie de m'avoir fait confiance, d'avoir accepté de diriger ma thèse ainsi que pour tous ses conseils avisés.

Je remercie, bien sûr, **tous les médecins et patients** sans qui ce travail n'aurait pas été possible. Je les remercie d'avoir donné de leur temps pour participer à cette étude.

Je tiens également à remercier **Monsieur Pascal Martin, délégué à la protection des données de l'université de Poitiers**, pour sa grande disponibilité et sa réactivité.

Merci à **Monsieur Tristan ROZIERE de Statetudes** pour son expertise en analyse statistique, qui a été d'une aide précieuse et déterminante pour la production des résultats de cette thèse.

Je remercie **le Dr Françoise OUNDA MEYBI, le Dr Franck GIRAUD, le Dr Catherine LAFARGUE et le Dr Marie France TISSERAUD TARTARIN** qui m'ont accompagnée durant mon internat et qui, chacun dans leur pratique, n'ont fait que confirmer mon goût pour la médecine générale.

Je remercie **tous les maitres de stages** rencontrés au cours de mon internat pour l'enseignement qu'ils m'ont apporté et pour leur bienveillance.

Merci à **tous mes co-internes** des Urgences d'Angoulême, de la Gériatrie et de la Pédiatrie à Poitiers et de la Gynécologie à Niort ainsi qu'**au personnel soignant** avec qui j'ai pu travailler. Merci tout particulièrement pour leur bonne humeur qui a su illuminer mes journées de stage.

Je tiens à remercier **toute l'équipe du Cabinet de Couhé** avec qui j'ai passé une grande partie de ma première année de remplacements et avec qui je me suis toujours sentie sereine.

Je remercie **le Dr Christine DEVER PLESSIER** qui m'a accueillie à bras ouverts dans son cabinet à La Rochelle et dans sa vie, et qui m'offre de nombreuses opportunités dans ma pratique de la médecine générale.

Merci à **mes parents Daniel et Isabelle CARRIERE** à qui je tiens à exprimer ma profonde gratitude et ma reconnaissance infinie. Merci pour leur amour, leur soutien et leurs encouragements constants. Je remercie tout particulièrement ma mère pour les multiples relectures et corrections.

Merci à **mes deux sœurs Marie et Jade CARRIERE** pour leur soutien ainsi qu'à toute ma famille.

Je remercie **mon compagnon Martin DESPAUX**. Merci pour son soutien infailible dans la vie de tous les jours et tout au long de cette aventure de thèse. Merci pour son aide, ses encouragements et sa présence réconfortante.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	13
INTRODUCTION	14
CONTEXTE	16
I. Définition de l'alcool et de ses usages.....	16
A. L'alcool.....	16
B. Le verre standard	16
C. Les différents usages de l'alcool	17
1. Le non-usage	17
2. L'usage simple	18
3. Le mésusage	18
II. La consommation d'alcool en France	19
A. Une pratique ancrée dans la culture française	19
B. Les chiffres récents de la consommation d'alcool en France	19
1. Le volume d'alcool consommé	19
2. Différents modes de consommation	20
3. Dépassement des repères de consommation d'alcool	20
III. Les conséquences de l'alcool.....	21
A. Conséquences sur la santé	21
1. Cancers	21
2. Maladies cardiovasculaires	22
3. Pathologies hépato-gastro-entérologiques.....	22
4. Troubles neurologiques et psychiatriques	22
5. Alcool et grossesse.....	23
B. Conséquences sociales et professionnelles	23
C. Infractions et accidents	23
D. Conséquences économiques	24
IV. Politique sanitaire de l'état	24
A. Plan national de mobilisation contre les addictions	24
B. Recommandations de consommation.....	25
1. Recommandations générales.....	25
2. Recommandations particulières	25
V. L'alcool en médecine générale.....	26
A. Le repérage clinique en consultation de médecine générale	26
B. Les tests biochimiques	27

C. Les questionnaires validés	27
1. Le FACE.....	27
2. L’AUDIT et AUDIT-C	27
3. Le CAGE ou DETA.....	28
D. Repérage précoce et intervention brève.....	28
E. Le rôle du médecin généraliste face aux problématiques liées à l’alcool	29
MATERIEL ET METHODES	31
I. Schéma et population d’étude	31
II. Variables analysées.....	31
III. Recueil des données	32
IV. Démarches réglementaires	33
V. Analyse des données	34
RESULTATS.....	36
I. Données socio-démographiques	36
A. Répartition des patients selon l’âge.....	36
B. Répartition des patients selon le sexe	37
II. Patients ayant une consommation d’alcool à risque	37
III. Comparaison des questionnaires des patients et des médecins	38
A. Comparaison portant sur la consommation à risque du patient.....	38
B. Comparaison des questionnaires FACE	40
1. Comparaison des scores aux questionnaires FACE.....	40
2. Comparaison de l’interprétation des questionnaires FACE	41
C. Comparaison sur les seuils de consommation à risque	42
D. Comparaison chez les patients ayant une consommation à risque	43
IV. Analyse des critères de jugement secondaire	45
A. Connaissance par les patients des seuils de consommation d’alcool à risque	45
B. Avis du patient sur le risque lié à sa propre consommation d’alcool.....	46
C. Connaissance des patients sur les risques pathologiques liés à l’alcool	47
D. Place du médecin généraliste dans le dépistage et la prévention selon le patient ..	48
E. Sensibilisation du patient et mesures de prévention proposées	49
DISCUSSION	51
I. Synthèse des résultats	51
II. Confrontation aux données de la littérature	53
A. Caractéristiques de la population étudiée	53
1. Selon l’âge.....	53
2. Selon le sexe.....	53

3. Part des consommateurs à risque	54
B. Sur le critère de jugement principal	55
C. Le niveau de connaissance des patients	57
1. Les repères de consommation	57
2. Conscience du risque	57
3. Risques liés à la consommation d'alcool	58
D. Place du médecin généraliste	59
E. Mesures de prévention	59
1. Mesures proposées aux patients dans notre questionnaire	59
2. Mesures de prévention proposées par les patients	61
III. Forces et faiblesses de l'étude	63
A. Points forts de l'étude	63
1. La consommation d'alcool en France, un sujet toujours d'actualité	63
2. La comparaison des questionnaires, une méthodologie originale	63
3. Des données actualisées	64
4. Les questionnaires patients, une intéressante source d'information.....	64
5. La question ouverte, un brainstorming géant.....	64
B. Limites de l'étude.....	65
1. Biais de recrutement	65
2. Biais de sélection	65
3. Biais de mesure et de classement.....	66
IV. Signification de l'étude et perspectives	67
CONCLUSION.....	70
BIBLIOGRAPHIE	72
ANNEXES	77
Annexe 1 : Classification CIM10 de l'OMS	77
Annexe 2 : Classification DSM-V traduction proposée par la SFA	78
Annexe 3 : Questionnaire FACE	79
Annexe 4 : Questionnaire AUDIT-C	79
Annexe 5 : Questionnaire médecin au sujet de son patient.....	80
Annexe 6 : Questionnaire patient	81
Annexe 7 : Lettre d'accompagnement adressée au patient	83
Annexe 8 : Lettre d'accompagnement adressée au médecin.....	84
Annexe 9 : Protocole opérationnel de l'étude	85
RESUME ET MOTS CLEFS.....	86
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	87

TABLE DES ILLUSTRATIONS

INDEX DES FIGURES

Figure 1 : Définition du verre standard	16
Figure 2 : Usage, mésusage, trouble lié à l'usage : un continuum.....	17
Figure 3 : Répartition des patients selon l'âge	36
Figure 4 : Répartition des patients selon le sexe par tranche d'âge	37
Figure 5 : Répartition des patients ayant une consommation d'alcool à risque selon le sexe ..	38
Figure 6 : Comparaison des réponses concernant la consommation à risque du patient.....	38
Figure 7 : Comparaison des réponses concernant la consommation d'alcool à risque chez les femmes	39
Figure 8 : Comparaison des réponses concernant la consommation d'alcool à risque chez les hommes	39
Figure 9 : Comparaison des scores au questionnaire FACE	40
Figure 10 : Répartition de la réponse à la question le patient a-t-il une consommation à risque selon les seuils recommandés ?.....	42
Figure 11 : Estimation du risque par le médecin chez les patients dépassant les seuils de consommation recommandés	43
Figure 12 : Estimation du risque par le médecin chez les patients à risque de mésusage et de dépendance	43
Figure 13 : Estimation du risque par le médecin chez les patients n'ayant pas de consommation à risque	44
Figure 14 : Répartition des réponses des patients sur les seuils de consommation à risque hebdomadaire.....	45
Figure 15 : Répartition des réponses des patients sur les seuils de consommation à risque quotidien	46
Figure 16 : Estimation par le patient du risque de sa consommation chez les consommateurs à risque.....	46
Figure 17 : Pathologies associées à la consommation d'alcool selon les patients	47

INDEX DES TABLEAUX

Tableau 1 : Ecart dans le score du questionnaire FACE entre les réponses des patients et les estimations du médecin	40
Tableau 2 : Répartition des effectifs selon l'interprétation du questionnaire FACE	41
Tableau 3 : Patients dépassant les seuils de consommation à risques selon leur déclaration et selon l'estimation du médecin.....	42
Tableau 4 : Réponses des patients aux questions 10 et 11	48
Tableau 5 : Réponses des patients aux questions 13, 14 et 15	49

LISTE DES ABREVIATIONS

API : Alcoolisation Ponctuelle Importante

AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test

CAGE : Cut-down Annoyed Guilty Eye-opener

CIM : Classification Internationale des Maladies

DETA : Diminuer Entourage Trop Alcool (forme française du CAGE)

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders ou Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

FACE : Fast Alcohol Consumption Evaluation ou Formule pour Approcher la Consommation d'alcool par Entretien

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoire Régional de la Santé

RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève

SFA : Société Française d'alcoologie

SPF : Santé Publique France

INTRODUCTION

La consommation d'alcool expose à de multiples risques pour la santé. Elle est responsable de plus de 200 atteintes et maladies diverses. Certaines maladies, comme la cirrhose alcoolique, sont exclusivement attribuables à l'alcool, et, pour d'autres, elle constitue un facteur de risque comme dans le cancer et les maladies cardiovasculaires.

En 2015, on estime à 41000 le nombre de décès attribuables à l'alcool en France. C'est la 2^{ème} cause de mortalité évitable après le tabac (1).

Les conséquences de la consommation d'alcool représentent également un coût social de 120 milliards d'euros par an ; soit 115 milliards d'euros correspondant aux valeurs des vies humaines perdues, à la perte de qualité de vie et à la perte de production et, 5 milliards d'euros de dépenses de prévention, répression et soins (2).

Il est aujourd'hui admis qu'il n'existe pas de consommation d'alcool sans risque mais des consommations à risque plus ou moins élevé (3). Les recommandations actuelles de consommation qui permettent de définir des seuils de consommation à risque acceptable sont : maximum 10 verres d'alcool par semaine, maximum 2 verres d'alcool par jour et des jours dans la semaine sans consommation (1, 3, 4).

Malgré cela, la consommation d'alcool reste ancrée dans les pratiques culturelles françaises et 24% de la population déclare dépasser encore ces seuils. Le volume d'alcool consommé en France par habitant et par an, qui était en diminution régulière depuis une cinquantaine d'années, tend à se stabiliser depuis 2013 avec 11,43 litres d'alcool consommé par habitant et par an en 2019 (5).

Face à cette problématique, l'Etat a lancé en 2018 un nouveau plan de mobilisation contre les addictions dont les axes principaux reposent sur la prévention et l'amélioration du repérage précoce des consommations d'alcool à risque (6).

Le médecin généraliste apparaît comme essentiel à la réalisation de ces 2 objectifs. Un programme de repérage précoce et d'intervention brève de la consommation excessive d'alcool a d'ailleurs été développé en 2006 en soins premiers (7). En repérant de manière précoce les patients ayant un usage nocif ou à risque et en pratiquant un entretien motivationnel centré sur le patient, le médecin généraliste a l'opportunité de les informer sur les risques liés à la consommation et de prévenir la dépendance ou l'apparition ou l'aggravation des dommages liés à l'alcool (8).

Pourtant, le repérage des consommations à risque semble encore insuffisant en médecine générale. Seuls 43% des médecins généralistes déclarent effectuer un repérage systématique et renouvelé de l'usage de l'alcool au sein de leur patientèle. Le défaut de mobilisation résulte selon les médecins généralistes de la difficulté ressentie dans les échanges autour de la diminution de la consommation d'alcool. Les facteurs évoqués sont entre autres le manque de temps et de formation (9). Du côté des patients, seuls 17% des 18-75 ans déclarent que le sujet alcool a été discuté avec leur médecin généraliste alors que la majorité estime que le médecin généraliste est légitime pour les interroger sur le sujet (10).

Ce qui m'a particulièrement incitée à traiter ce travail de recherche est l'existence d'une contradiction entre l'incitation à consommer et les risques pour la santé. Il s'agit d'un dilemme complexe et préoccupant pour notre société moderne. D'un côté, nous sommes constamment exposés à des publicités, des événements sociaux et une culture qui encourage la consommation d'alcool, la présentant souvent comme un moyen de se détendre, de socialiser et de s'amuser. D'un autre côté, d'un point de vue médical et scientifique, les effets néfastes de l'alcool sur la santé sont incontestables. Cette dualité entre la promotion de la consommation d'alcool et ses conséquences nuisibles soulève des questions importantes sur la responsabilité médico-sociale, afin que les individus puissent faire des choix éclairés en matière de consommation et préserver leur bien-être à long terme.

Je pense que le dépistage de la consommation d'alcool en médecine générale devrait être fait de manière systématique, au même titre que le tabagisme, et l'objectif de cette étude était de faire un état des lieux des pratiques actuelles sur ce dépistage.

La plupart des études au sujet de l'évaluation de la consommation d'alcool des patients en médecine générale traitent de l'avis des patients et des médecins sur ce repérage. Peu d'études permettent d'avoir un niveau d'appréciation réel du médecin généraliste de la consommation d'alcool de ses patients.

Ainsi, l'objectif de notre étude était de comparer la consommation d'alcool du patient estimée par le médecin généraliste à la consommation d'alcool déclarée par le patient.

Les objectifs secondaires étaient d'apprécier le niveau d'information des patients sur les risques liés à l'alcool et les seuils de consommation et de les interroger sur les moyens de sensibilisations aux risques liés à l'alcool.

CONTEXTE

I. Définition de l'alcool et de ses usages

A. L'alcool

L'alcool ou éthanol est une substance présente dans certaines boissons et obtenue par la fermentation de fruits, de grains ou de tubercules. La quantité d'alcool pur contenu dans une boisson est indiquée en degré ou en pourcentage (par exemple, si une bouteille de vin est à 12° ou est concentrée à 12%, elle contient 12 mL d'alcool pur pour 100 mL de boisson). Absorbé au niveau du duodénum et du jéjunum, l'alcool est ensuite distribué en quelques minutes à tout l'organisme, y compris au cerveau et au fœtus (par passage des barrières hémato méningée et placentaire). Il est ensuite éliminé majoritairement par le foie (95%) mais aussi les reins, la peau, les poumons et la salive (5%). Sa pharmacocinétique est variable entre les individus et dépend de facteurs comme : l'ingestion de nourriture, l'âge, le sexe (3)

B. Le verre standard

Créé pour faciliter l'évaluation de la consommation d'alcool, le verre standard ou unité d'alcool correspond à une quantité égale à 10g d'alcool pur quelle que soit la boisson alcoolisée (3, 11).



Figure 1 : Définition du verre standard (11)

C. Les différents usages de l'alcool

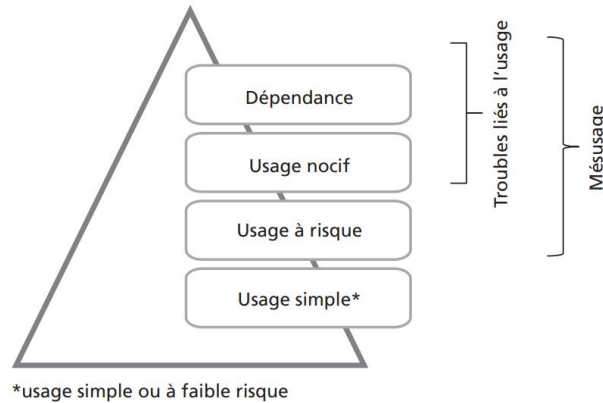


Figure 2 : Usage, mésusage, troubles liés à l'usage : un continuum (12)

La Société Française d'Alcoologie (SFA) s'appuie sur les définitions de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) pour distinguer les différentes catégories d'usage de l'alcool par niveau croissant de risque associé.

Le non-usage, l'usage simple et l'usage à risque sont des formes de consommation asymptomatique pour lesquelles il n'existe pas, ou pas encore de conséquence manifeste de l'usage.

Les troubles de l'usage liés à l'alcool correspondent aux formes symptomatiques de l'usage se traduisant par des conséquences visibles sur le plan social, psychologique ou médical (12).

1. Le non-usage

Le non-usage ou abstinence est défini par l'absence de consommation.

Il peut être :

- Primaire (non-usage initial ou choix durable voire définitif)
- secondaire (à la suite d'une période de mésusage) (12).

2. L'usage simple

L'usage simple ou usage à faible risque correspond à une consommation asymptomatique et inférieure aux seuils recommandés en France (12).

3. Le mésusage

Ce type d'usage entraîne des conséquences négatives ou risque d'en entraîner.

Il regroupe l'usage à risque et les troubles liés à l'usage de l'alcool (12).

- L'usage à risque

L'usage à risque est la forme la moins sévère de mésusage. Il est asymptomatique mais est susceptible d'entraîner des dommages à plus ou moins long terme.

Le risque peut être différé et cumulatif (morbi-mortalité) ou bien immédiat (conduite à risque ou risque individuel en cas de consommation rapide ou associée à d'autres substances ou à certaines pathologies) (12).

- Les troubles liés à l'usage de l'alcool

Ils sont définis par l'existence de symptômes et non par un niveau de consommation spécifique. La caractéristique essentielle de ces troubles est un ensemble de symptômes cognitifs comportementaux et physiologiques, indiquant que le sujet continue à consommer de l'alcool malgré ses conséquences (12).

Les troubles liés à l'usage de l'alcool sont définis dans la 10^{ème} révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM10) proposée par l'OMS qui distingue 2 niveaux de sévérité : l'usage nocif et la dépendance (Annexe 1).

Le DSM-V propose quant à lui un diagnostic de « trouble de l'usage de l'alcool » en 11 critères avec 3 niveaux de sévérité : faible, modéré ou sévère (Annexe 2).

II. La consommation d'alcool en France

A. Une pratique ancrée dans la culture française

La consommation d'alcool est une pratique très ancienne qui trouve probablement son origine au néolithique. Elle est si anciennement ancrée dans nos mœurs qu'elle a pris une place prépondérante dans notre culture française au fil des siècles. L'alcool a servi bien des causes pour la plupart désuètes de nos jours (religion, guerre, protection) (13).

L'alcool et en particulier le vin, reste d'un des symboles de la tradition et de la gastronomie française. Il est associé à la fête, à la convivialité et accompagne souvent les événements marquants de la vie sociale (13).

Selon l'enquête EROPP menée en 2018, 56% des personnes interrogées pensent qu'offrir ou boire de l'alcool fait partie des règles du savoir-vivre (14).

Pour ces raisons, il existe aujourd'hui en France une forte pression sociale qui incite à la consommation d'alcool.

B. Les chiffres récents de la consommation d'alcool en France

1. Le volume d'alcool consommé

Depuis une cinquantaine d'année, on a constaté une diminution régulière du volume d'alcool consommé en France, avec 26 litres d'alcool pur en moyenne par habitant de 15 ans et plus par an en 1961 contre 11.7 litres en 2017 (5).

Cependant, cette tendance à la baisse semble se ralentir avec 11.43 L d'alcool consommé par habitant de 15 ans et plus en 2019, soit 2.51 verres standard d'alcool par jour (15).

La France reste parmi les pays les plus consommateurs d'alcool au monde, se situant au sixième rang parmi les 34 pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE).

2. Différents modes de consommation

En 2017, 86,6% des personnes de 18 à 75 ans ont consommé de l'alcool au moins une fois dans l'année. Parmi ces consommateurs, on observe une grande hétérogénéité dans les modes de consommation, selon l'âge et le sexe : les consommations quotidiennes d'alcool s'observent essentiellement chez les 65-75 ans alors que les ivresses régulières s'observent principalement chez les jeunes de 18-24 ans (5).

- Consommation quotidienne

En 2017, 10% des personnes de 18-75 ans se disent consommateurs quotidiens. La proportion des personnes indiquant boire quotidiennement a cessé de diminuer depuis 2010 (5).

- Alcoolisation ponctuelle importante (API) et ivresse

L'API aussi appelée « Binge Drinking » peut être définie par la consommation d'au moins 6 verres en une même occasion.

Parmi les personnes 18-75 ans interrogées en 2017 sur leur consommation d'alcool, 21% déclarent avoir connu une ivresse dans l'année, et 5% déclarent consommer 6 verres ou plus en une même occasion toutes les semaines (5).

Après avoir augmenté entre 2005 et 2014, la part des personnes déclarant une API dans l'année a diminué significativement entre 2014 et 2017 (35,2% en 2017). A l'inverse, la part des personnes déclarant une ivresse dans l'année a augmenté significativement entre 2014 et 2017 (20,7% en 2017) (5).

3. Dépassement des repères de consommation d'alcool

Les résultats du « Baromètre de Santé publique France 2017 » montrent que 23,6 % des Français dépassent les repères de consommation d'alcool selon leurs déclarations (ces derniers déclarant consommer plus de 2 verres d'alcool par jour et/ou plus de 10 verres d'alcool par semaine et/ou avoir une consommation quotidienne). Les hommes sont davantage concernés avec 33,4% des hommes contre 14,3% des femmes déclarant dépasser les repères de consommation (5).

III. Les conséquences de l'alcool

A. Conséquences sur la santé

La consommation d'alcool expose à de multiples risques pour la santé. Certaines maladies sont exclusivement attribuables à l'alcool : l'hépatite et cirrhose alcoolique, la pancréatite aiguë alcoolique, l'encéphalopathie de Gayet Wernicke, le syndrome de Korsakoff.

Pour d'autres pathologies, la consommation d'alcool constitue un facteur de risque : les cancers, les maladies cardio-vasculaires, les troubles cognitifs (1).

En 2015, on estime à 41000 le nombre de décès attribuables à l'alcool, dont 30000 décès chez l'homme et 11000 chez la femme (17). C'est la deuxième cause de mortalité prématurée en France (1).

D'après une étude portant sur les données de 2012, l'alcool était la première cause d'hospitalisation en France (18).

Le nombre de séjours hospitaliers mentionnant l'alcool comme diagnostic principal en 2019 était de 246 000, et ce chiffre est en hausse depuis 2005 (15).

1. Cancers

Le caractère cancérigène de l'alcool est maintenant clairement établi et il est classé cancérigène pour l'Homme par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) depuis 1988 (19). Le risque de cancer augmente significativement dès la consommation moyenne d'un verre par jour et augmente avec la dose totale d'alcool consommée, quel que soit le type d'alcool (20).

L'alcool représente la deuxième cause évitable de mortalité par cancer après le tabac. Il est responsable de 28000 nouveau cas de cancer et de 16000 décès par an (1).

Parmi les cancers imputables à l'alcool, on retrouve les cancers de la bouche, du larynx, du pharynx, de l'œsophage, du sein, du foie, du colon rectum et de l'estomac (20).

Les effets cancérigènes de l'alcool sont démultipliés lorsqu'ils sont associés à la consommation de tabac, en particulier pour les cancers des voies aéro-digestives supérieures (risque multiplié par 45 pour le cancer de la bouche) (21).

2. Maladies cardiovasculaires

L'alcool est aussi responsable de maladies cardiovasculaires : l'hypertension artérielle, les hémorragies cérébrales, la cardiopathie ischémique. C'est la deuxième cause de décès imputable à l'alcool après le cancer, avec 9900 décès dus à des maladies cardiovasculaires (17).

3. Pathologies hépato-gastro-entérologiques

La consommation d'alcool peut causer une stéatohépatite entraînant une agression des hépatocytes et une augmentation des transaminases. En France, la première cause d'hépatite chronique est la consommation excessive et chronique d'alcool.

L'alcool est aussi la première cause citée de cirrhose qui peut mener à de nombreuses complications dont l'une d'elle est le carcinome hépato-cellulaire.

Plus de 80% des pancréatites chroniques sont liées à une consommation excessive d'alcool pendant plus de 10 ans, et la consommation d'alcool représente 40% des causes de pancréatites aiguës.

Enfin, l'alcool peut être à l'origine ou aggraver un reflux oesophagien, les gastropathies et être source de diarrhée (22).

4. Troubles neurologiques et psychiatriques

Chez les jeunes, la répétition des API ou « binge drinking » a des effets néfastes sur la santé avec : la diminution des capacités d'apprentissage et de mémorisation à long terme, une impulsivité accrue, un impact sur l'apprentissage et le traitement des émotions. La consommation d'alcool peut aussi augmenter le risque de dépendance chez le jeune (1)

De manière plus générale, les troubles cognitifs liés à l'alcool concernent au moins la moitié des patients ayant une consommation à risque. Sont ainsi affectées les fonctions exécutives, la mémoire épisodique, les capacités visuoconstructives et la cognition sociale (1)

Récemment, un lien a été établi entre consommation d'alcool et risque de démence (démence vasculaire, maladie d'Alzheimer) (23).

Il existe un rapport linéaire entre consommation d'alcool et symptômes dépressifs et anxiété, une consommation excessive exacerbant les signes. La forte consommation constitue un important facteur de risque de suicide et de tendances suicidaires parmi les jeunes et les adultes (24).

5. Alcool et grossesse

Les conséquences de la consommation d'alcool pendant la grossesse vont des troubles comportementaux mineurs au syndrome d'alcoolisation fœtale. Le syndrome d'alcoolisation fœtale entraîne des malformations du crâne et du visage, un retard de croissance, des handicaps comportementaux et cognitifs et des atteintes de différents organes. C'est la première cause de handicap non génétique en France (1)

B. Conséquences sociales et professionnelles

L'intoxication alcoolique aigüe ou chronique peut entraîner des conséquences dans la vie personnelle et professionnelle du sujet. Le risque de conséquences sociales négatives dont les plus fréquentes sont la participation à une bagarre, l'atteinte portée à la vie familiale, au mariage, au travail, aux études, aux amitiés ou à la vie sociale, augmente proportionnellement avec la quantité d'alcool consommée, sans preuve évidente d'un effet de seuil (8).

Consommation d'alcool et précarité sont souvent associées. D'après une enquête sur les patients vus un jour donné en médecine de ville ou à l'hôpital menée en 2000, le risque d'alcoolisation excessive est plus élevé chez les patients en situation précaire. Cette étude ne permet cependant pas d'établir un lien de cause à effet (25).

C. Infractions et accidents

De nombreuses infractions à la loi sont commises sous l'influence de l'alcool.

On dénombre 87 900 condamnations pour conduite en état alcoolique en 2019.

En 2021, 652 personnes ont ainsi été tuées dans un accident avec alcool, ce qui représente 29 % des personnes tuées dans les accidents où un dépistage d'alcool a été effectué (26).

Il existe également une relation entre la consommation d'alcool et le risque d'être impliqué dans des événements violents, en particulier si la consommation d'alcool est aigüe et massive : agressions, violences sexuelles, violences conjugales et homicides (8).

D. Conséquences économiques

Le coût social de l'alcool en France mesure le coût monétaire des conséquences de la consommation d'alcool. Il résulte de l'addition du coût externe (valeurs des vies humaines perdues, perte de la qualité de vie, perte de production) et du coût pour les finances publiques (dépenses de prévention, répression et soins auxquelles sont retranchées les économies de retraite non versées et les recettes des taxes prélevées sur l'alcool). En 2010, il s'élève à 120 milliards d'euros environ (2).

Malgré les économies de pension de retraite et la taxation sur l'alcool, celles-ci ne compensaient pas le coût des soins qui représente 7,7 milliards d'euros en 2010 (2).

IV. Politique sanitaire de l'état

A. Plan national de mobilisation contre les addictions

Du fait des nombreux dommages socio-économiques et pour la santé, l'Etat considère que la mobilisation contre les addictions est une priorité de l'action publique.

Faisant suite au plan précédent de lutte contre les drogues et les conduites addictives (2013-2017), le plan national de mobilisation contre les addictions a été adopté par le gouvernement en décembre 2018.

L'un des grands axes de ce plan repose sur la prévention pour tous et tout au long de la vie avec l'accent mis sur la femme enceinte, l'enfant et les jeunes. Il s'agit en particulier d'éclairer la population sur les risques de la consommation d'alcool pour la responsabiliser et donner des repères de consommation à risque (6).

Un autre des enjeux du plan est d'améliorer le repérage précoce, de savoir réagir dès les premiers usages problématiques et d'accompagner la population tout au long du parcours de soin (6).

La priorité au cours des prochaines années est de faire des professionnels de premiers recours, notamment les médecins généralistes, les acteurs pivot du repérage et la porte d'entrée des parcours de santé.

Pour cela, il est encore nécessaire de développer la formation des professionnels de santé : au cours de leur formation initiale avec la mise en place des Formations Spécialisées Transversales (FST) lors de la réforme du 3^e cycle en 2017, et dans le cadre du développement professionnel continu (avec, par exemple, des outils de formation en « e-learning ») (6).

B. Recommandations de consommation

1. Recommandations générales

Il n'existe pas de consommation d'alcool sans risque, mais des consommations à risque plus ou moins élevé.

Ainsi, des recommandations de consommation d'alcool permettent de définir des seuils de consommation à risque acceptable et se servent du verre standard comme unité de mesure.

Ces recommandations issues de travaux d'expertise de Santé Publique France et de l'Institut National du Cancer proposent une valeur repère unique quel que soit le sexe : maximum 10 verres par semaine, maximum 2 verres par jour et des jours dans la semaine sans consommation (4).

Ces nouveaux repères sont résumés par la formule largement diffusée :

« Pour votre santé, l'alcool c'est maximum 2 verres par jour et pas tous les jours ».

2. Recommandations particulières

- Les personnes âgées

Pour les patients âgés de plus de 65 ans, des recommandations spécifiques ont été établies par la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie, la SFA, Santé Publique France (SPF) et par le National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) aux Etats-Unis.

Ainsi, pour les consommateurs quotidiens, il est recommandé de ne pas dépasser un verre par jour et d'avoir des jours dans la semaine sans consommation.

Pour les consommateurs occasionnels, il est conseillé de ne pas dépasser 2 verres par occasion, d'avoir au moins 2 jours par semaine sans consommation et de ne pas dépasser 7 verres par semaine (27).

- Recommandations d'abstinence

Enfin, il existe des situations dans lesquelles il est recommandé de ne pas consommer d'alcool du tout :

- pendant toute la durée de la grossesse et de l'allaitement
- pendant l'enfance et l'adolescence
- en cas de conduite automobile
- lors de la pratique de sports
- en cas de consommation de médicaments du fait des interactions
- en présence de certaines maladies (4)

V. L'alcool en médecine générale

Les médecins généralistes occupent une place essentielle dans la prévention et le dépistage des conduites addictives.

A. Le repérage clinique en consultation de médecine générale

Dans le cadre d'une démarche préventive, diagnostique ou étiologique, l'interrogatoire est primordial dans le repérage des problématiques liées à l'alcool.

L'abord de la consommation d'alcool avec un patient peut s'effectuer par de simples questions ouvertes (questions sur la quantité/fréquence) permettant de connaître la consommation déclarée d'alcool qui est une quantification par le patient de sa propre consommation. (12)

La SFA recommande de ne pas attendre les signes d'appel pour effectuer ce dépistage et de rechercher un mésusage dans les situations suivantes : examens de routine, prescription d'un médicament pouvant interagir avec l'alcool, chez les femmes enceintes ou en cas de désir de grossesse, chez les personnes à haut risque de boire en excès (fumeurs, adolescents et adultes jeunes), en cas de problèmes de santé souvent liés à une consommation excessive, en cas de pathologie chronique résistante au traitement. (12)

Lors de l'examen physique, des signes cliniques peuvent être utiles (tremblements, angiomes stellaires, hépatomégalie...), mais ils relèvent d'une consommation dangereuse et problématique ayant déjà engendré des complications. (8)

B. Les tests biochimiques

Une augmentation des taux de gamma-glutamyl transférase sérique (GGT), de transaminases, de transferrine désialylée (CDT) et du volume globulaire moyen (VGM) peuvent être induits par l'alcool. Étant donné que ces tests sont souvent prescrits par les médecins généralistes, dans le cadre d'analyses systématiques, un taux élevé devrait faire évoquer la possibilité d'une alcoolisation à risque ou à problèmes. Cependant, ces tests peuvent être utilisés à eux seuls pour le dépistage car ils sont peu sensibles : ils ne permettent de repérer qu'une faible proportion de patients ayant une consommation d'alcool à risque ou nocive. (8)

C. Les questionnaires validés

Pour dépister la consommation d'alcool à risque, plusieurs questionnaires sont disponibles et sont validés en France et à l'étranger. Nous en citerons 3 parmi les plus couramment utilisés.

1. Le FACE

Le questionnaire Fast Alcohol Consumption Evaluation (FACE) est le questionnaire recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS). Il comporte 5 questions et permet de classer les patients selon un risque faible ou nul, une consommation excessive/un mésusage probable, une dépendance probable (Annexe 3) (28).

Des niveaux élevés de sensibilité et de spécificité ont été obtenus pour chaque diagnostic (sensibilité de 75 à 87,8% ; spécificité de 74 à 95,8%) (29).

2. L'AUDIT et AUDIT-C

Le questionnaire Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) a été mis au point par l'OMS pour dépister les consommations d'alcool à risque, nocives ou massives. Il comporte dix questions couvrant les trois modalités d'usage de l'alcool : la consommation d'alcool dangereuse, la consommation d'alcool nocive et l'alcoolodépendance. Il a été spécialement conçu pour une utilisation en médecine générale (8).

Le questionnaire abrégé AUDIT-C (Annexe 4) ne comprend que les trois premières questions du test AUDIT sur la consommation d'alcool. Il s'est révélé être aussi efficace que le test AUDIT et avait une sensibilité de 54 à 98 % et une spécificité de 57 à 93 % selon les différentes catégories de consommation d'alcool excessive (30).

3. Le CAGE ou DETA

Le DETA (Diminuer Entourage Trop Alcool) est la traduction française du CAGE (Cut down Annoyed Guilty Eye-opener). En quatre items, il a une sensibilité de 84 % et une spécificité de 95 % lorsque la valeur seuil de 2 réponses positives ou plus a été sélectionnée pour détecter les consommateurs à risque (31).

D. Repérage précoce et intervention brève (RPIB)

Les médecins généralistes ont la responsabilité de repérer et de prendre en charge les patients dont la consommation d'alcool est excessive, c'est-à-dire à risque ou nocive. En repérant ces patients et en pratiquant une intervention dite « brève », ils ont l'opportunité de les informer des risques liés à leur consommation d'alcool (8)

Le ministère chargé de la santé et la Haute Autorité de Santé promeuvent le RPIB. Suite à la saisine de la Direction Générale de la Santé (DGS) du 4 juin 2019, la HAS a eu pour objectif d'élaborer des fiches points clés sur le repérage, l'accompagnement et le suivi des consommations d'alcool (32).

L'intervention brève a été démontrée comme étant une méthode efficace et transférable sur la consommation d'alcool (33, 34), même si son efficacité sur la morbi mortalité générale n'est pas démontrée (35).

Les 6 étapes du RPIB sont :

- L'évaluation de la consommation d'alcool grâce à un questionnaire. En France, le questionnaire FACE a été retenu dans le cadre du RPIB selon les recommandations de la HAS. Les résultats des questionnaires sont ensuite restitués au patient.
L'interprétation des scores obtenus permet d'évaluer le risque encouru et d'adapter la prise en charge.
- Information sur le verre d'alcool (verre standard)
- Echange sur le risque alcool (effets somatiques, psychologiques, comportementaux, sociaux)
- Explications concernant les avantages d'une réduction
- Proposition d'une méthode de réduction
- Proposition d'objectifs et possibilité de choix par le patient (28, 36)

Il est à noter que le RPIB est maintenant enseigné dans la 3^{ème} édition du référentiel de psychiatrie et addictologie comme moyen de prise en charge du mésusage sans dépendance dans le cadre de la prévention secondaire (37). Le questionnaire proposé pour le repérage systématique du mésusage d'alcool est le questionnaire AUDIT-C.

E. Le rôle du médecin généraliste face aux problématiques liées à l'alcool

Les médecins généralistes font partie des premiers interlocuteurs des patients et jouent un rôle crucial dans la promotion des comportements favorables à la santé, le repérage précoce des conduites addictives, la mise en place et la coordination d'une prise en charge adaptée et dans le suivi des patients.

D'ailleurs, dans le « Baromètre santé médecins généralistes » en 2009, 98% des médecins généralistes déclaraient que la prévention de la consommation d'alcool fait partie de leur rôle (38).

Dans une étude réalisée en 2015 et 2016, l'ensemble des 445 patients âgés de 18 à 75 ans interrogés considérait leur médecin comme compétent dans ce domaine. Pourtant, seuls 17% de ces patients déclaraient que le sujet alcool avait déjà été discuté avec leur médecin généraliste (10).

Du côté des médecins généralistes, en 2009, le « Baromètre santé médecins généralistes » indiquait que seulement 23% des médecins généralistes déclaraient aborder au moins une fois avec chaque patient la question de l'alcool (38). Plus récemment, dans le quatrième panel d'observations des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville en 2019-2020, 43% des médecins déclaraient effectuer un dépistage systématique et renouvelé de l'usage de l'alcool (9).

Ce défaut de mobilisation résulte de la difficulté ressentie par les médecins généralistes dans les échanges autour de la réduction de la consommation d'alcool. Les facteurs invoqués sont : le manque de temps, de légitimité, de compétence, de formation, la réticence et de défaut de réceptivité des usagers parfois lié au déni, le manque d'efficacité des actions entreprises, le manque d'outils, l'isolement, la revendication d'un financement dédié (9, 39).

Il existe peu d'études permettant d'apprécier réellement l'évaluation de la consommation d'alcool du patient par le médecin et des risques qui en découlent.

C'est pourquoi, face à ce constat, dans notre étude, nous avons trouvé pertinent de comparer l'estimation qu'a le médecin de la consommation de son patient avec la consommation déclarée par ce dernier.

MATERIEL ET METHODES

Notre étude est une étude descriptive dont le but est d'interroger le médecin sur la consommation d'alcool de ses patients et de comparer cette estimation avec la consommation déclarée par le patient.

I. Schéma et population d'étude

Cette étude a été menée auprès de 12 centres investigateurs ambulatoires entre novembre 2022 et février 2023. Les critères d'éligibilité de ces centres étaient le lieu (départements de la Vienne, Charente, Charente-Maritime et des Deux-Sèvres), le type d'exercice des médecins généralistes (exercice seul, cabinet de groupe ou maison de santé, secteur 1), l'environnement d'exercice (milieu urbain, semi rural ou rural).

33 médecins généralistes de ces centres ont d'abord été contactés par e-mail ou par téléphone. Ces derniers ont été sélectionnés grâce au réseau établi au cours de mes études et lors de mes différentes expériences professionnelles et à celui du Docteur Deleau-Bouges, directrice de cette thèse.

Au total, 22 médecins ont mené l'étude auprès de leurs patients respectifs. Pour être inclus, les patients devaient être majeurs, suivis régulièrement par leur médecin et déclarés patients médecin traitant au sein de la structure. Les critères d'exclusion étaient : les femmes enceintes, les patients mineurs, les patients non suivis régulièrement au cabinet.

II. Variables analysées

Les données ont été recueillies auprès des médecins et de leurs patients à l'aide de 2 questionnaires : le questionnaire médecin au sujet de son patient (Annexe 5) et le questionnaire patient (Annexe 6).

Ces 2 questionnaires se composaient d'une partie commune comportant 7 questions comparables permettant l'évaluation de la consommation d'alcool du patient. Au sein de cette première partie se trouvaient les questions du questionnaire FACE (questions 1, 4, 5, 6 et 7). Grace à ses 5 questions, les patients étaient classés en trois catégories :

- risque faible ou nul (score inférieur à 5 chez les hommes, inférieur à 4 chez les femmes)
- risque de mésusage/consommation excessive (score de 5 à 8 chez les hommes, score de 4 à 8 chez les femmes)
- risque de dépendance (score supérieur à 8 pour les deux sexes).

Deux questions (questions 2 et 3) ont été ajoutées afin de préciser si le patient avait ou non une consommation à risque selon les seuils de consommation actuels : plus de 10 verres d'alcool consommés par semaine et/ou plus de 2 verres par jour et/ou consommation d'alcool tous les jours.

Afin d'estimer au mieux la consommation d'alcool, les questionnaires patients étaient accompagnés d'une lettre dans laquelle était précisée la définition du verre standard (Annexe 7).

Le questionnaire patient comportait une deuxième partie traitant les critères de jugement secondaires :

- le niveau d'information du patient sur les seuils de consommation jugée à risque (question 8 et 9) et sur les risques liés à la consommation d'alcool (question 12)
- le rôle du médecin généraliste dans le dépistage (questions 10 et 11)
- le niveau de sensibilisation des patients (question 13)
- les mesures de prévention pouvant être mises en place (questions 14, 15 et 16).

III. Recueil de données

Afin de recueillir les données de cette étude, les 22 médecins ayant participé ont reçu par voie postale une enveloppe contenant les questionnaires (médecin et patients avec une enveloppe jointe) ainsi que le protocole opérationnel (Annexe 8 et 9). Les questionnaires médecins et patients étaient appariés par numéro allant de 1 à 20.

Il leur était indiqué de proposer le questionnaire de manière systématique aux 5 premiers patients éligibles et volontaires de la journée sur 2 à 3 jours de consultation. Selon l'organisation de leur cabinet, les médecins pouvaient procéder de 2 manières différentes :

- Si une secrétaire à l'accueil pouvait délivrer les documents, elle remettait à chaque patient volontaire un questionnaire avec la lettre d'accompagnement et l'enveloppe correspondante. Le patient remplissait alors son questionnaire en salle d'attente avant la consultation et le remettait au médecin dans l'enveloppe scellée en début de consultation. Le médecin pouvait alors remplir le questionnaire médecin correspondant avant de débiter la consultation et sans interroger le patient.
- Si les documents ne pouvaient pas être délivrés par une secrétaire à l'accueil, le médecin remplissait d'abord le questionnaire correspondant au patient avant la consultation et remettait le questionnaire à remplir par son patient à la fin de cette consultation. Il pouvait alors le remplir et le remettre dans l'enveloppe fermée dans une boîte prévue à cet effet placée à l'accueil ou dans la salle d'attente.

Une enveloppe retour étaient fournie au médecin afin de retourner les questionnaires pour qu'ils puissent être analysés.

IV. Démarches réglementaires

S'agissant de données sensibles : évaluation de la consommation d'alcool chez une personne, nous avons fait le choix d'anonymiser les questionnaires. Le traitement des données à caractère personnel n'a donc pas fait l'objet d'un enregistrement au registre de traitement de l'Université.

Avec l'aide et la validation du délégué à la protection des données de l'université de Poitiers, nous nous sommes attachés à garder un caractère anonyme depuis la collecte jusqu'à l'exploitation des données. Le questionnaire patient était anonyme et ne précisait que la tranche d'âge et le sexe du patient. Toute réponse rompant l'anonymat menait à la destruction du questionnaire qui n'était pas pris en compte dans l'étude. Les enveloppes retour des médecins étaient identiques de manière à ne pas pouvoir connaître son origine au moment de la réception.

V. Analyse des données

Après réception de toutes les enveloppes retour, les questionnaires médecin et patient ont été appariés par agrafage et ont reçu un numéro unique allant de 1 à 293.

Les réponses aux questionnaires médecin et patient correspondant ont été intégrées dans un tableur excel en y ajoutant le résultat du score au questionnaire FACE et son interprétation ainsi que la présence d'une consommation à risque selon les seuils de consommation à risque ou pas.

Afin de nous aider dans l'analyse statistique des données de cette étude, nous avons fait appel à un statisticien de la société Statetudes et avons utilisé les logiciels R et Datatab.

Pour l'analyse du critère de jugement principal, nous avons choisi de comparer les résultats du questionnaire FACE (score et interprétation du questionnaire) ainsi que la détection d'une consommation à risque selon les seuils recommandés actuellement.

Le patient a été classé comme « ayant une consommation d'alcool à risque » selon ses déclarations ou selon les réponses du médecin au questionnaire s'il dépassait les seuils de consommation recommandés et/ou si le score au questionnaire FACE était supérieur ou égal à 4 chez une femme ou supérieur ou égal à 5 chez un homme.

Pour la comparaison du score au questionnaire FACE, nous avons utilisé le test de Student non-apparié. Ce test est utilisé pour comparer deux séries de données par les moyennes (donc des données quantitatives continues), pour des mesures qui ne se répètent pas et qui suivent une loi normale (hypothèse considérée comme acquise via la taille de l'échantillon).

Pour la comparaison de l'interprétation du questionnaire FACE, nous avons utilisé le test de différence du Chi-2 (test approprié pour comparer deux séries de données qualitatives catégorielles).

Cependant, les tests de différences ne sont pas toujours pertinents pour comparer des écarts ou différences de mesures entre deux ou plusieurs groupes. C'est particulièrement le cas dans notre étude. Par exemple, même si un médecin et un patient donnent un score FACE différent, la différence peut être minime (score de 3 au lieu de 4 par exemple), se reflétant sur des écarts de moyenne très faibles. Dans notre situation, nous avons utilisé un coefficient de concordance, outil plus pertinent qu'un simple test statistique de différence. Nous avons donc appliqué le test de corrélation de Pearson pour comparer les scores du questionnaire FACE (car ce sont des données quantitatives continues) et le coefficient Kappa de Cohen pour l'interprétation du questionnaire FACE et pour le fait d'avoir une consommation d'alcool à

risque selon les seuils recommandés (car ce sont des données catégorielles à plusieurs modalités).

Le traitement des critères de jugement secondaire n'a nécessité que l'application de pourcentages.

RESULTATS

Au total, nous avons réceptionné des enveloppes provenant de 22 médecins généralistes contenant des questionnaires concernant 293 patients. Quatre des questionnaires patients étaient manquants et ont donc été retirés de l'étude. L'analyse a donc été effectuée sur 289 patients.

I. Données socio-démographiques

A. Répartition des patients selon l'âge

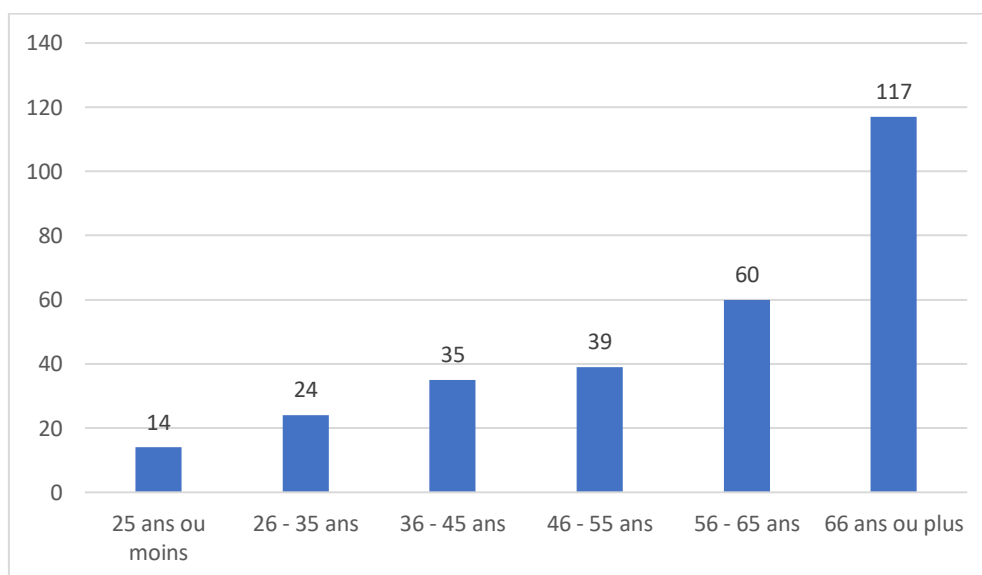


Figure 3 : Répartition des patients selon l'âge

On constate que la moyenne d'âge des patients répondant au questionnaire était assez élevée. En effet, plus de 60% des patients avaient plus de 55 ans.

B. Répartition des patients selon le sexe

Il y a eu 149 femmes incluses pour 140 hommes. La répartition selon le sexe par tranche d'âge était assez homogène.

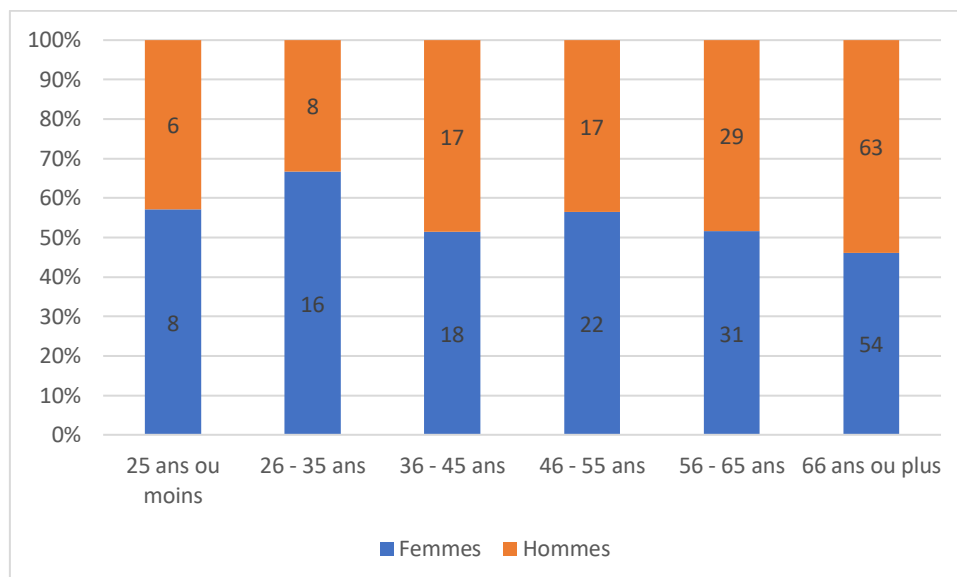


Figure 4 : Répartition des patients selon le sexe par tranche d'âge

II. Patients ayant une consommation d'alcool à risque

Au total, 66 patients sur 289 avaient une consommation d'alcool jugée à risque soit car ils dépassaient les seuils de consommation recommandés ou par leur score au questionnaire FACE.

Parmi ces patients, 57 ont déclaré dépasser les seuils de consommation recommandés.

D'après leur score au questionnaire FACE, 24 présentaient un risque de mésusage et 13 présentaient un risque de dépendance et de mésusage.

Nous constatons qu'une très large majorité de ces consommateurs sont des hommes.

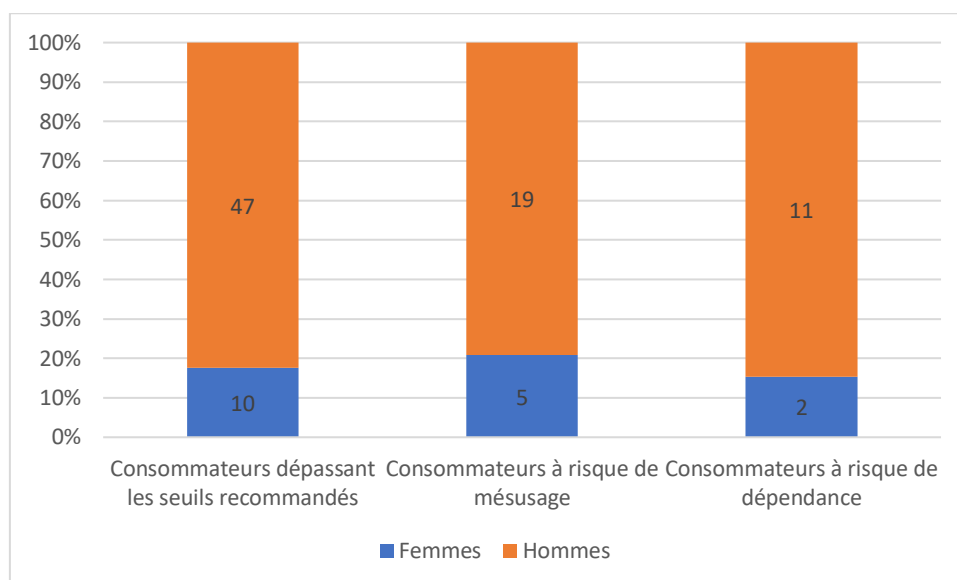


Figure 5 : Répartition des patients ayant une consommation d'alcool à risque selon le sexe

Vingt-deux patients étaient des consommateurs quotidiens dont 18 ayant 66 ans ou plus et 19 hommes.

III. Comparaison des questionnaires des patients et des médecins

A. Comparaison portant sur la consommation à risque du patient

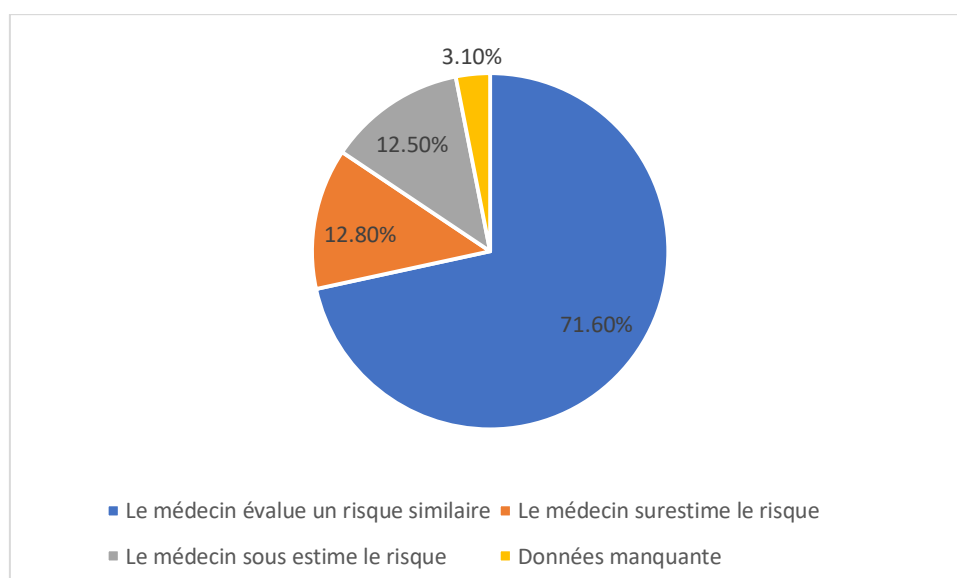
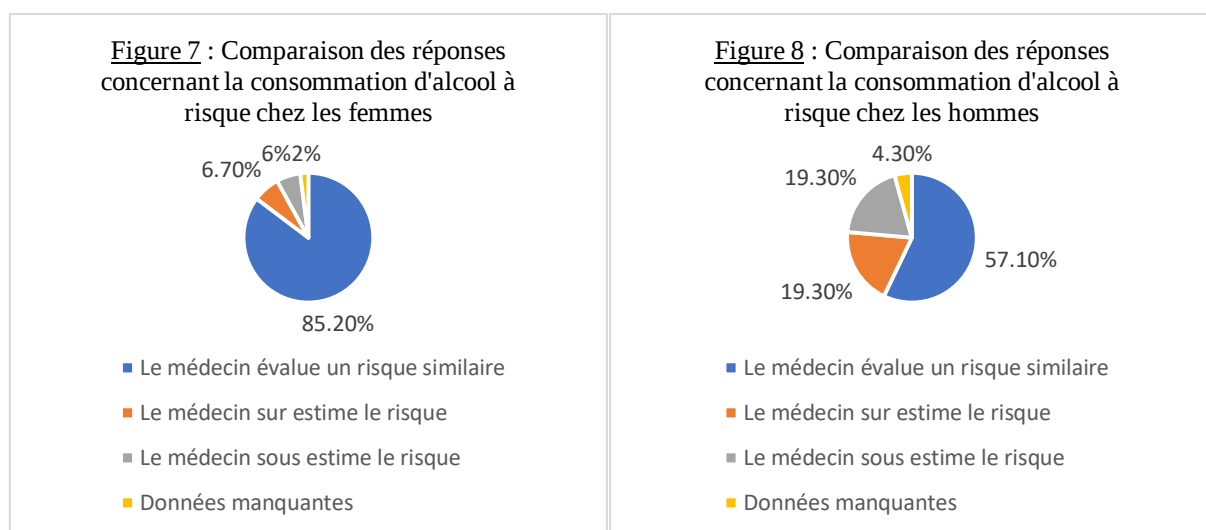


Figure 6 : Comparaison des réponses concernant la consommation à risque du patient

Dans plus de deux tiers des situations, le médecin évaluait correctement le fait que le patient ait une consommation d'alcool à risque ou non. Cependant, des écarts apparaissaient pour une partie non négligeable de patients avec une proportion quasi équivalente de situations où le médecin surestimait la consommation d'alcool à risque du patient et de situation où le médecin sous-estimait la consommation d'alcool à risque du patient.

Ces écarts semblaient plus marqués chez les hommes que chez les femmes mais les proportions de sur et de sous-estimation restaient comparables.



Le test de Khi-deux effectué a montré qu'il existait une relation statistiquement significative sur le fait que le patient ait une consommation d'alcool à risque entre les interprétations des 2 questionnaires avec $p < 0.001$.

Le test de fiabilité a mis en évidence une concordance entre les questionnaires, bien que la concordance fût faible avec un coefficient Kappa de Cohen (k) à 0,27.

Le test de concordance réalisé sur l'échantillon selon le sexe montrait un $k = 0,17$ chez la femme et 0,16 chez l'homme, soit une concordance très faible avec respectivement $p = 0,342$ et $p = 0,076$.

B. Comparaison des questionnaires FACE

1. Comparaison des scores au questionnaire FACE

Score au questionnaire FACE	Moyenne	Ecart-type	Min	Q1	Médiane	Q3	Max
Patient	2,47	2,65	0	1	2	3	19
Estimation du médecin	2,71	3,39	0	1	2	3	20

Tableau 1. Ecart dans le score du questionnaire FACE entre les réponses des patients et les estimations du médecin

Les patients avaient un score moyen au questionnaire FACE de 2,47 contre 2,71 pour l'estimation des médecins à ces mêmes questions.

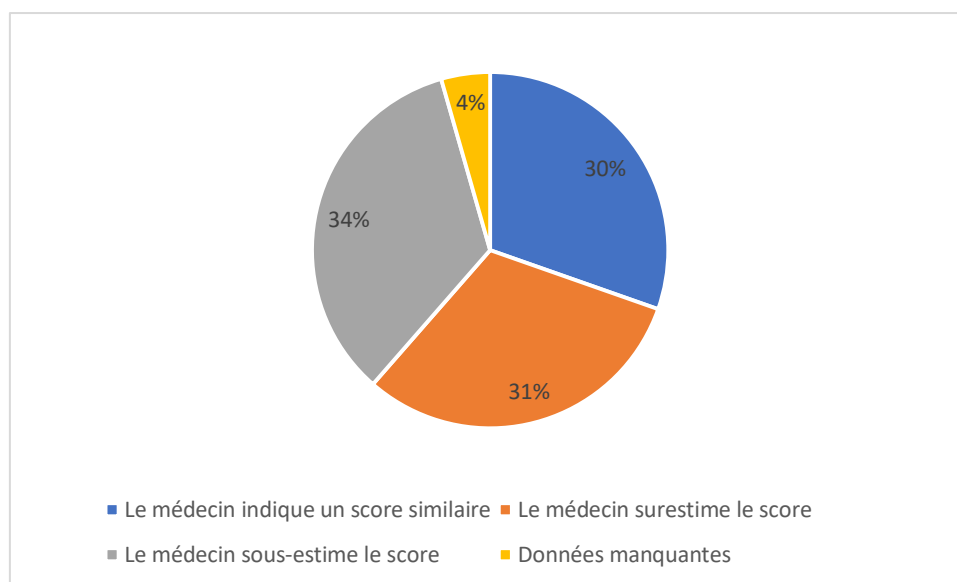


Figure 9 : Comparaison des scores au questionnaire FACE

Sur l'ensemble des consultations, il y a eu 89 fois où le médecin a estimé un score similaire au patient, soit dans 30% des cas. Dans les autres situations, le score a été surestimé pour 91 patients et sous-estimé pour 100 patients.

Pour conclure à une différence statistiquement significative entre les scores des questionnaires patients et médecins, nous avons effectué un test de Student. La p-value était de 0,36 et le test n'a donc pas permis de conclure à une différence marquante entre les 2 groupes.

Dans notre situation, nous avons donc utilisé un test de corrélation de Pearson avec une p-value < 0.001 . Ce test statistique montrait une concordance entre les scores au questionnaire FACE avec un coefficient de 0,43 ce qui indique une concordance moyenne.

2. Comparaison de l'interprétation des questionnaires FACE

		Interprétation du questionnaire FACE patient			Total
		Risque faible ou nul	Risque de mésusage	Risque de dépendance	
Interprétation du questionnaire FACE médecin	Risque faible ou nul	222	15	8	245
	Risque de mésusage	12	2	2	16
	Risque de dépendance	9	7	3	19
	Total	243	24	13	280

Tableau 2 : Répartition des effectifs selon l'interprétation du questionnaire FACE

Le test du Chi-2 utilisé pour comparer les résultats du questionnaire FACE rempli par le médecin et par le patient a montré qu'il existait une relation statistiquement significative entre les 2 questionnaires avec $p < 0,001$. Cependant, au moins une des fréquences attendues était inférieure à 5 et les conditions requises pour ce test ne sont pas remplies.

De même, le test de concordance indique un coefficient Kappa de Cohen à 0,19 (concordance très faible) mais avec une p-value à 0,064.

C. Comparaisons sur les seuils de consommation à risque

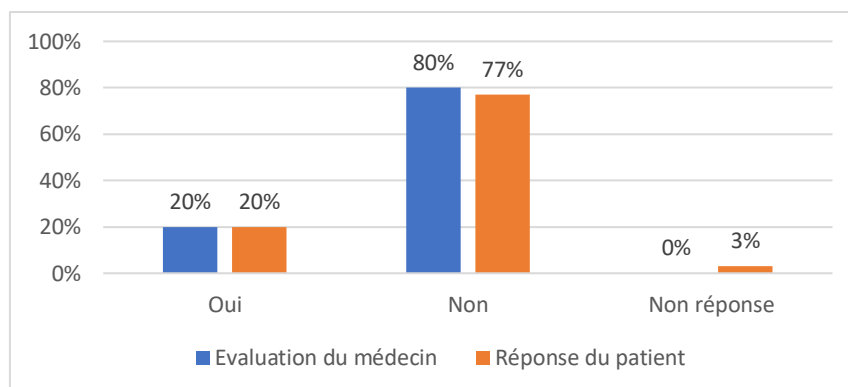


Figure 10 : Répartition de la réponse à la question « le patient a-t-il une consommation à risque selon les seuils recommandés » ?

Le test d'indépendance du Chi-2 a mis en évidence une relation statistiquement significative entre les réponses aux questionnaires patients et médecins sur le fait d'avoir une consommation à risque selon les seuils recommandés ($p=0.002$).

		Selon le médecin, le patient a-t-il une consommation à risque selon les seuils actuels ?		
		Oui	Non	Total
Le patient a-t-il une consommation à risque selon les seuils ?	Oui	20	37	57
	Non	37	190	227
	Total	57	227	284

Tableau 3 : Patients dépassant les seuils de consommation à risques selon leur déclaration et selon l'estimation du médecin

Au cours de 210 situations, le patient et le médecin ont indiqué une réponse similaire concernant le fait que le patient ait une consommation d'alcool à risque ou pas selon les seuils recommandés, soit 72 % des cas.

Le coefficient Kappa de Cohen utilisé pour comparer ces réponses a permis de conclure qu'il existait bien une concordance entre les réponses ($p\text{-value} = 0.021$). Toutefois, il demeurait bien des différences entre les évaluations du médecin et les réponses du patient, avec un coefficient de 0.19 jugé comme très faible.

D. Comparaison chez les patients ayant une consommation à risque

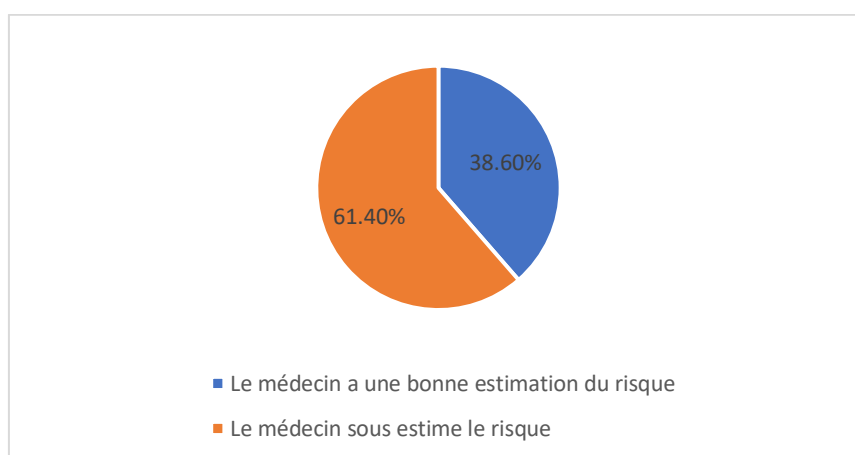


Figure 11 : Estimation du risque par le médecin chez les patients dépassant les seuils de consommation recommandés

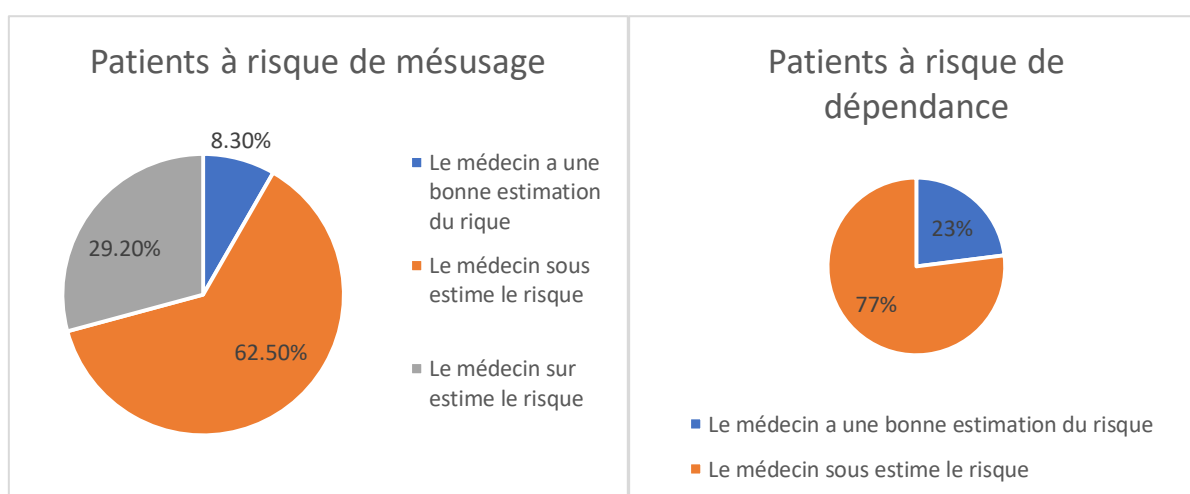


Figure 12 : Estimation du risque par le médecin chez les patients à risque de mésusage et de dépendance

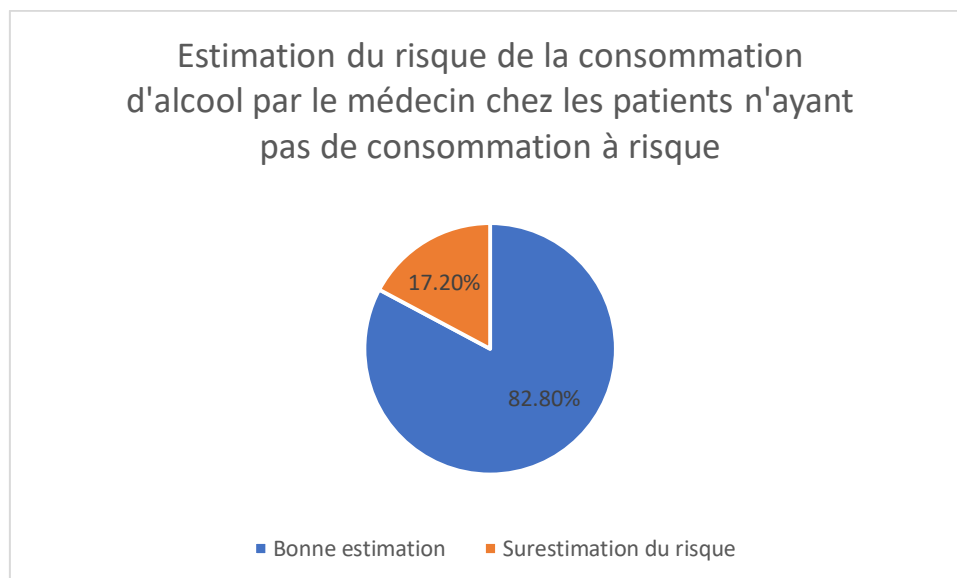


Figure 13 : Estimation du risque par le médecin chez les patients n'ayant pas de consommation à risque

L'analyse dans les sous populations de patients ayant une consommation d'alcool à risque que ce soit pour le dépassement des seuils de consommation à risque ou par le résultat au questionnaire FACE montrait que le médecin sous-estimait largement la consommation d'alcool chez ces patients. En revanche, l'absence de consommation ou une faible consommation d'alcool semblait mieux estimée par le médecin.

IV. Analyse des critères de jugement secondaires

A. Connaissance par les patients des seuils de consommation d'alcool à risque

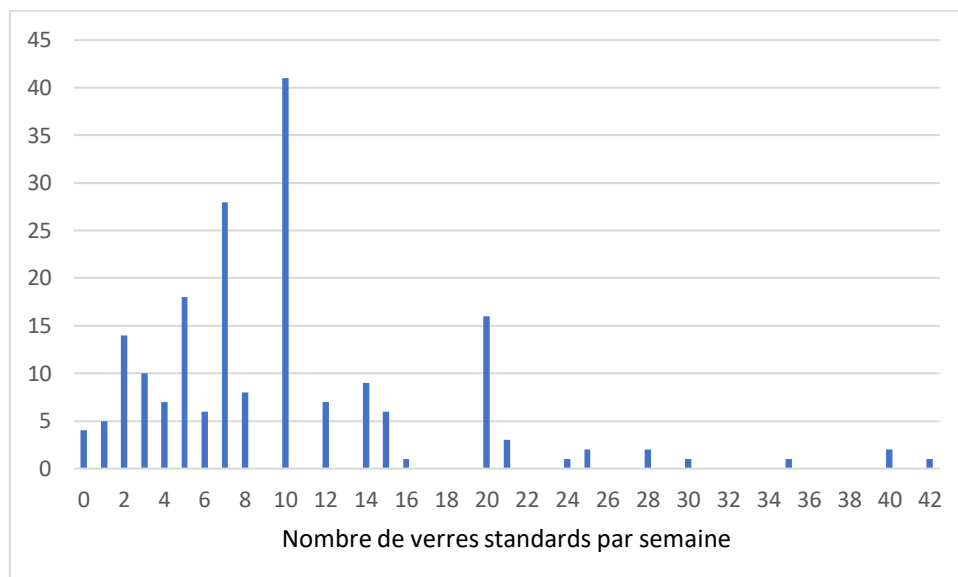


Figure 14 : répartition des réponses des patients sur les seuils de consommation à risque hebdomadaire

Sur les 193 patients ayant répondu à cette question, 141 patients soit environ 73% ont répondu que la consommation d'alcool était à risque à partir de 10 verres d'alcool par semaine ou moins.

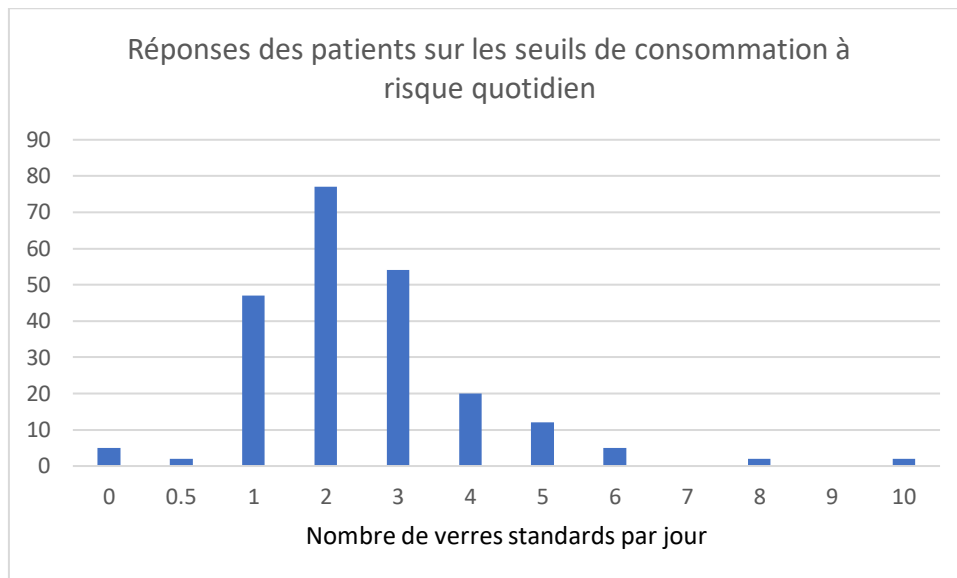


Figure 15 : répartition des réponses des patients sur les seuils de consommation à risque quotidien

Sur les 226 patients ayant répondu à cette question, 185 patients soit environ 82% ont répondu que la consommation d'alcool était à risque à partir de 3 verres d'alcool par jour ou moins.

B. Avis du patient sur le risque lié à sa propre consommation d'alcool

Sur les 289 patients interrogés, 27 considéraient que leur consommation d'alcool était à risque pour leur santé, soit 9 %, alors que, selon leur déclaration, 22,8% étaient classés comme ayant une consommation d'alcool à risque.

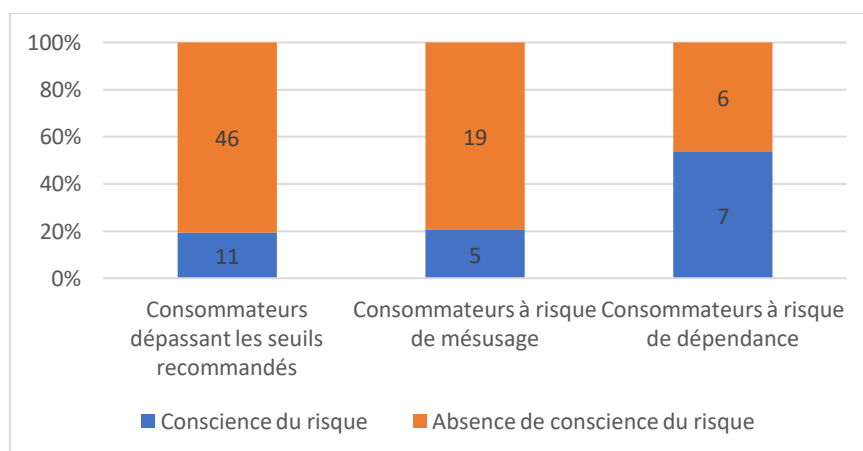


Figure 16 : Estimation par le patient du risque de sa consommation chez les consommateurs à risque

Parmi les 66 patients classés comme ayant une consommation d'alcool à risque, 53 ont répondu « non » à la question « pensez vous que votre consommation d'alcool est à risque ? », soit 80%.

L'étude de cette question parmi les consommateurs à risque montrait que seulement 19% des patients dépassant les seuils recommandés et 21% des patients à risque de mésusage considéraient que leur consommation d'alcool représentait un risque pour leur santé. Parmi les patients à risque de dépendance, un peu plus de la moitié (54%) avait conscience du risque de leur consommation.

C. Connaissance des patients sur les risques pathologiques liés à l'alcool

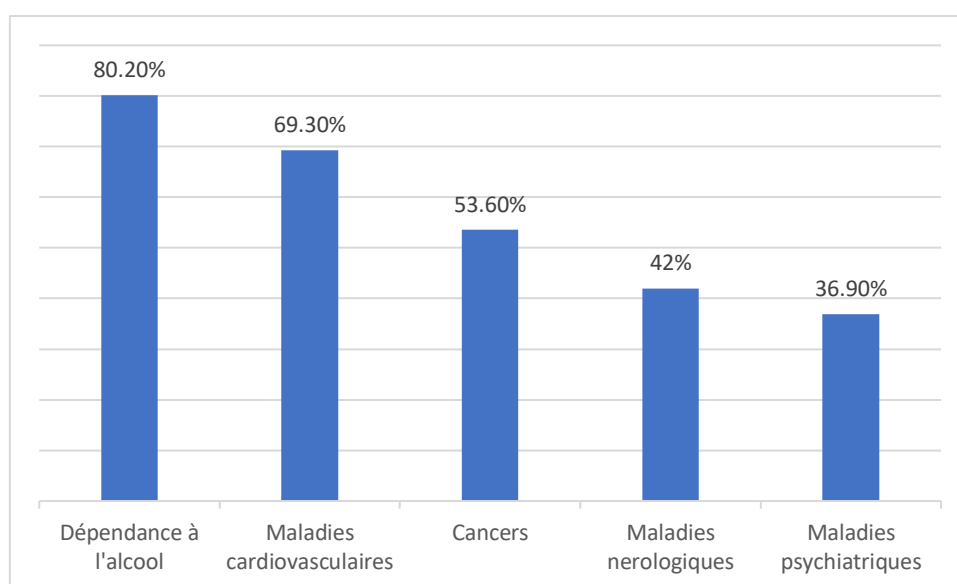


Figure 17 : Pathologies associées à la consommation d'alcool selon les patients

Seulement 74 patients, soit un quart, a répondu que l'ensemble des pathologies proposées pouvaient être engendrées par une consommation excessive d'alcool.

235 patients, soit une large majorité, ont cité la dépendance à l'alcool comme risque potentiel.

En revanche, seulement 53,6 % des patients considéraient l'alcool comme cancérigène.

D. Place du médecin généraliste dans le dépistage et la prévention selon le patient

Parmi les patients, 88% considéraient normal que leur médecin leur pose des questions au sujet de leur consommation d'alcool.

Pourtant, seuls 31% pensaient que leur médecin connaît leur consommation actuelle d'alcool.

Question posée au patient	Nombre de réponses	Part (%)
Jugez-vous normal que votre médecin vous pose des questions au sujet de votre consommation d'alcool ?		
Oui	258	88%
Non	15	5%
Non réponse	20	7%
Pensez-vous que votre médecin généraliste connaît votre consommation actuelle d'alcool ?		
Oui	90	31%
Non	182	62%
Non réponse	21	7%

Tableau 4 : Réponses des patients aux questions 10 et 11

E. Sensibilisation du patient et mesures de prévention proposées

	Patient ayant une consommation à risque	Patient ayant une consommation à risque faible ou nul	Total
Le patient pense-t-il être suffisamment sensibilisé aux risques liés à l'alcool, n (%)			
Non	4 (7%)	32 (14%)	36 (12,5%)
Oui	52 (91%)	185 (80%)	237 (82%)
Non réponse	1 (2%)	15 (6%)	16 (5,5%)
Si le patient boit de l'alcool, pense-t-il qu'une campagne « mois sans alcool » l'aiderait à réduire sa consommation, n (%)			
Non	45 (79%)	122 (53%)	167 (58%)
Oui	10 (18%)	58 (25%)	68 (23%)
Non réponse	2 (3%)	52 (22%)	54 (19%)
Pense-t-il qu'une consultation dédiée chez le médecin traitant pourrait aider à évaluer le risque de sa consommation et / ou à la réduire, n (%)			
Non	37 (65%)	107 (46%)	144 (50%)
Oui	17 (30%)	79 (34%)	96 (33%)
Non réponse	3 (5%)	46 (20%)	49 (17%)

Tableau 5 : Réponses des patients aux questions 13, 14 et 15

Les dernières questions du questionnaire patient sont celles qui ont reçu le plus d'abstention. Dans l'ensemble, les patients se disaient bien sensibilisés aux risques liés à l'alcool.

Majoritairement, ils ne voyaient pas l'intérêt d'une campagne « mois sans alcool » avec 58% de réponse non à la question 14. De même, malgré le fait qu'ils pensaient que le médecin généraliste était bien placé pour leur parler de leur consommation d'alcool, la moitié des patients ne considérait pas comme utile une consultation de prévention dédiée. Cette prise de position était d'autant plus marquée chez les consommateurs d'alcool à risque.

A la question « quelle autre mesure pourrait, selon vous, vous aider à évaluer le risque de votre consommation et/ou à réduire votre consommation ? », 75 patients ont apporté une réponse, soit 26% des patients.

Certains patients reprenaient les mesures de prévention précédemment citées : le « mois sans alcool », le suivi médical avec l'utilisation de questionnaire en consultation et la réalisation de bilan sanguin.

La plupart des patients ayant répondu suggéraient que la prévention réside sur des mesures d'information et de sensibilisation aux risques liés à l'alcool par différents canaux de communication : par des supports papiers tels que les affiches et prospectus ou dépliants, via des images choc, au travers de spots télévisés, de reportages et de témoignages. Un patient a également évoqué l'utilisation des réseaux sociaux comme moyen de communication efficace. Pour plusieurs patients, il est important d'informer dès le plus jeune âge par la prévention en milieu scolaire (en collège et lycée) et chez les étudiants mais aussi dans les milieux professionnels en particulier chez les professionnels de la route. Cette information devrait également être plus présente dans les lieux à risque de forte consommation.

Plusieurs patients soulignaient l'importance des mesures gouvernementales pour renforcer la prévention parmi lesquelles : l'augmentation des taxes sur l'alcool, la restriction de la vente d'alcool et la réduction du nombre de point de vente, le renforcement de l'application de la loi interdisant la vente d'alcool aux mineurs, l'augmentation des contrôles d'alcoolémie et des sanctions en cas d'accident sous l'emprise d'alcool, la « politique zéro alcool » en particulier au volant. Un patient suggérerait que cela nécessiterait la réduction de l'influence du lobby viticole.

DISCUSSION

I. Synthèse des résultats

L'objectif principal de notre étude était d'apprécier l'évaluation de la consommation d'alcool des patients par le médecin généraliste. Les études existantes dans la littérature montraient que le dépistage de la consommation d'alcool était peu réalisé en médecine générale et laissaient supposer que la consommation d'alcool serait mal estimée.

L'analyse de nos résultats effectuée auprès de 22 médecins généralistes et de 289 patients semblait confirmer cette hypothèse. Dans deux tiers des situations, le médecin évaluait correctement le fait qu'un patient ait une consommation d'alcool à risque ou pas. Cependant, l'utilisation d'un test de fiabilité, outil plus pertinent pour comparer les questionnaires, montrait une faible concordance entre l'évaluation du médecin et la consommation déclarée par le patient. En effet, la concordance des scores aux questionnaires FACE était moyenne (coefficient de concordance kappa = 0,43) et celle de la comparaison des seuils de consommation à risque était très faible (coefficient de kappa = 0,19).

Cette différence semblait d'autant plus marquée chez les patients ayant une consommation d'alcool à risque. Pour rappel, nous avons désigné les patients comme ayant une consommation d'alcool à risque pour leur santé si, selon leurs déclarations, ils dépassaient les seuils de consommation recommandés et/ou si l'interprétation du score au questionnaire FACE indiquait un probable mésusage ou une probable dépendance. Dans toutes ces situations, le médecin avait tendance à sous-estimer largement le risque que ce soit, pour les patients dépassant les seuils de consommation recommandés (risque sous-estimé par le médecin dans 61,4% des cas), les patients à risque de mésusage (risque sous-estimé par le médecin dans 62,5% des cas) ou les patients à risque de dépendance (risque sous-estimé par le médecin dans 77% des cas).

L'analyse des questionnaires patients montrait que 22,8% des patients de notre échantillon étaient considérés comme ayant une consommation d'alcool à risque avec :

57 patients dépassant les seuils de consommation à risque (maximum 2 verres d'alcool par jour ou maximum 10 verres d'alcool par semaine et des jours dans la semaine sans consommation d'alcool)

24 présentant un risque de mésusage ou de consommation excessive (score au questionnaire FACE de 4 à 8 chez la femme et de 5 à 8 chez l'homme)

13 présentant un risque de dépendance (score au questionnaire FACE supérieur à 8).

Neuf pour cent des 289 patients considéraient leur consommation comme étant à risque pour leur santé. Chez l'ensemble des patients classés comme ayant une consommation d'alcool à risque, seuls 20% considéraient leur consommation comme à risque pour leur santé. Chez les patients dépassant les seuils recommandés, seuls 19% considéraient que leur consommation d'alcool représente un risque pour leur santé, et 21% chez les patients à risque de mésusage. Ces chiffres semblent indiquer que les patients interrogés ont peu conscience du risque de leur propre consommation d'alcool. Ces résultats pourraient laisser supposer une méconnaissance de la part des patients des critères de consommation à moindre risque.

Pourtant, notre étude révélait une bonne connaissance des nouveaux seuils de consommation à risque avec 73% des personnes connaissant les seuils hebdomadaires et 82% les seuils quotidiens.

En revanche, les patients semblaient moins bien informés sur les risques de pathologies liées à la consommation d'alcool avec seulement la moitié des patients considérant l'alcool comme cancérogène et une partie encore moins importante pour les maladies neurologiques et psychiatriques. Néanmoins, 91% des patients interrogés s'estimaient suffisamment sensibilisés aux risques de l'alcool.

Une large partie de notre échantillon de patients, soit 88%, considérait normal que leur médecin leur pose des questions au sujet de leur consommation d'alcool mais seulement 31% estimait que leur médecin connaissait leur consommation d'alcool actuelle.

Les mesures de préventions proposées aux patients dans le questionnaire ne semblaient pas remporter l'adhésion des patients, qu'il s'agisse du « mois sans alcool » ou de la consultation de prévention chez le médecin généraliste. Parmi les propositions faites par les patients pour aider à évaluer le risque de sa consommation d'alcool et/ou réduire cette consommation, les principales visaient à l'information et la sensibilisation, par différents moyens de communication, en ciblant certaines catégories de personnes (adolescents) et, l'application de mesures gouvernementales.

II. Confrontation aux données de la littérature

A. Caractéristiques de la population étudiée

1. Selon l'âge

La comparaison de la répartition des âges des patients est difficile car nous ne connaissons que les tranches d'âges dans lesquelles se situe chaque patient et que ces tranches d'âges ne correspondent pas toujours aux tranches d'âge retrouvées dans la littérature. Toutefois, nous pouvons dire que notre échantillon, qui est constitué d'une grande partie de personnes âgées (40% de personnes âgées de 66 ans ou plus), n'est pas forcément représentatif de la population en France ou de l'ancienne région Poitou-Charentes regroupant les départements de la Vienne, les Deux-Sèvres, la Charente, et la Charente-Maritime. En effet, au premier janvier 2023, l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) dénombre seulement 27,4% de personnes ayant 60 ans ou plus en France et 32,9% en Poitou-Charentes (40).

L'une des hypothèses à cette répartition selon l'âge dans notre étude pourrait être que notre échantillon de patients serait plus représentatif d'une population de patients consultant en médecine générale. Là encore, les données de la littérature montrent des écarts entre les chiffres avec une part d'environ 23% de patients de 65 ans ou plus consultant en médecine générale en 2020 selon les données de l'assurance maladie (41).

Une autre hypothèse serait que ces variations d'âge pourraient être liées au protocole d'étude qui proposait d'interroger les premiers patients de la journée de consultation. Cette méthodologie aurait pu entraîner une sélection de patients plus âgés dans notre échantillon de population.

2. Selon le sexe

Notre échantillon était constitué de 51,6% de femmes et de 48,4% d'hommes. Il est très représentatif de la population en Poitou-Charentes et de la population française. En effet, cette répartition est identique à celle retrouvée par l'INSEE au premier janvier 2023 avec 51,6% de femmes et 48,4% d'homme en Poitou-Charentes et en France (40).

3. Part des consommateurs à risque

Dans notre étude, on dénombrait 66 patients que nous avons considérés comme consommateurs d'alcool à risque, soit 22,8% des patients. Ce chiffre varie avec ceux de la littérature de par l'évolution de la consommation d'alcool en France, l'évolution des seuils de consommation à risque recommandés et par conséquent la manière de classer les patients comme consommateur à risque.

Dans une enquête réalisée par les Observatoires Régionaux de la Santé (ORS) en 2000 et couvrant la totalité des régions françaises, chez 50 372 patients en médecine de ville sur une semaine donnée, près de 30 % des patients avaient un usage d'alcool à risque (42). Ces patients étaient classés comme usagers à risque si le résultat du test AUDIT-C ou celui du DETA était positif et selon les seuils issus des critères retenus par l'OMS. A cette époque, les seuils recommandés étaient supérieurs aux seuils actuels : pour l'usage régulier, maximum 21 verres par semaine chez l'homme (3 verres par jour) et maximum 14 verres par semaine chez la femme (2 verres par jour) et, pour l'usage ponctuel, jamais plus de 4 verres par occasion.

Il est également important de noter que la consommation d'alcool en France en 2000 était supérieure à la consommation actuelle avec environ 14 litres d'alcool pur par habitant et par an. Dans cette étude, les usagers à risque sont plus souvent des hommes, entre 35 et 64 ans, ayant une situation professionnelle précaire.

Dans une autre étude réalisée entre septembre 2015 et février 2016, chez 447 patients en ambulatoire dans les départements du Val-de-Marne et de la Seine-et-Marne, la proportion de patients à risque était de 13,9%. Mais, là encore, les critères permettant de classer les patients « usager à risque d'alcool » sont différents : au moins 4 consommations hebdomadaires et 3 à 4 verres par épisode de consommation, ou plus de 4 verres par occasion, ou consommation associée à un risque immédiat (seuils définis par la SFA en 2015) (10).

Cinquante-sept patients de notre échantillon déclaraient dépasser les seuils de consommation à risque sur au moins un critère, soit 19,7% de l'effectif. Une enquête téléphonique réalisée en France en 2020 par SPF auprès de 14 873 individus montrait que 23,7% des personnes âgées de 18 à 75 ans déclaraient dépasser les seuils de consommation recommandée depuis 2017 (43).

Dans notre étude, parmi ces patients, nous avons retrouvé une proportion d'hommes nettement supérieure à celle des femmes : 33,5% des hommes contre 6,7% des femmes. Cette différence est également retrouvée dans l'enquête menée par SPF en 2020 même si elle

semble moins marquée : respectivement 33,2% des hommes pour 14,7% des femmes déclarant dépasser les repères de consommation.

Nos résultats montraient que plus de 80% des consommateurs quotidiens étaient âgés de 66 ans ou plus ce qui rejoint les données du « Baromètre SPF 2017 » dans lequel la proportion la plus importante des consommateurs quotidiens était représentée par les personnes âgées de 65 à 75 ans (5).

Notre étude met donc en évidence une part significative de patients ayant une consommation d'alcool à risque, représentant 22,8% de l'échantillon. Dans la littérature, cette proportion varie en fonction des évolutions de la consommation d'alcool en France et des critères de classification utilisés. Nos résultats s'alignent en grande partie avec les études récentes utilisant des critères similaires.

L'objectif principal de notre étude était de comparer ces résultats avec l'évaluation faite par le médecin.

B. Sur le critère de jugement principal

Il existe peu d'articles scientifiques dans la littérature traitant du sujet de notre travail. Cependant, l'étude intitulée « le risque d'alcoolisation excessive : des écarts entre les déclarations des patients et l'avis des médecins » est particulièrement intéressante pour comparer ses résultats avec les nôtres (42). Cette enquête a été réalisée par l'ORS en 2000, en France, en ambulatoire sur une semaine donnée. Dans cette dernière, les résultats de l'AUDIT-C et du DETA et l'avis du médecin concordaient dans une majorité des cas. Selon leurs estimations, respectivement 35% des hommes et 11% des femmes consultant un médecin généraliste en ambulatoire ont été classés différemment par les tests déclaratifs et par le médecin. Ces conclusions sont assez proches de nos résultats avec respectivement 39% d'hommes et 13% de femmes pour lesquels il y avait une discordance entre les questionnaires patients et médecin.

Dans leur étude, la grande majorité des cas de discordance (97,5%) concernait des personnes classées « à risque » par les tests et sans problème d'alcool par le médecin. Ces écarts seraient donc le plus souvent liés à une sous-estimation du risque par le médecin. Dans notre étude, il s'agissait seulement de la moitié des situations de discordance. Cette différence peut s'expliquer par le fait que, dans leur questionnaire, le patient était classé usager à risque par le médecin par la réponse à une seule question « le patient a-t-il un problème avec l'alcool ? ».

Il est possible, qu'avec cette question, les médecins aient repéré les patients ayant des troubles liés à l'usage de l'alcool (défini par l'existence de symptômes) mais par forcément l'usage à risque, d'où cette sous-estimation.

Notre étude était plus précise sur le classement du patient par le médecin comme consommateur d'alcool à risque car elle ne tenait pas compte de l'appréciation portée de manière empirique par le médecin. Cependant, il aurait été intéressant d'ajouter la question « pensez-vous que la consommation d'alcool de votre patient est à risque pour sa santé ? » à notre questionnaire médecin pour connaître cette appréciation.

Cette étude apportait beaucoup plus de précisions sur le niveau de concordance entre la consommation déclarée par le patient et l'avis du médecin, en fonction du type de consommation d'alcool, de l'âge, du niveau social. Pour illustration, les situations où les personnes étaient classées à risque par les tests déclaratifs alors qu'elles n'ont pas de problème d'alcool selon le médecin étaient plus fréquentes dans les cas suivants : chez les personnes qui déclaraient une consommation régulière et de niveau intermédiaire, chez les 16-24 ans, chez les personnes ayant un domicile et un emploi stable.

Nous n'avons pas pu apporter ces précisions dans notre étude par manque de puissance. Par exemple, dans notre échantillon, il n'y avait pas suffisamment de patients dans certaines tranches d'âge (seulement 14 patients ayant 25 ans ou moins au total) ou classés comme ayant une probable dépendance (seulement 13 patients au total) pour que les tests soient significatifs. Cela vient également du fait qu'en anonymisant les questionnaires, nous avons perdu des caractéristiques socio démographiques concernant les patients mais aussi concernant les médecins.

Enfin, dans cette étude, il existait peu de situations de discordance liées à une surestimation du risque par le médecin alors que cela représente la moitié des cas de discordance dans notre étude. Les auteurs expliquent que ces situations pourraient être liées à une sous déclaration de son niveau de consommation d'alcool par le patient voire, dans certains cas, à un déni de l'usage d'alcool. Cet argument est tout à fait recevable pour justifier nos propres résultats.

En résumé, la comparaison de nos résultats avec l'étude antérieure sur l'évaluation de la consommation d'alcool par les patients et les médecins révèle des similitudes en termes de discordance et de concordance entre la consommation déclarée par le patient et l'évaluation du médecin. Cependant, notre étude semblait moins sujette à la sous-estimation de la consommation par les médecins. Malheureusement nos résultats apportent peu de précisions

sur les données socio démographique des patients et leur mode de consommation et donc sur l'impact potentiel de ces facteurs sur l'évaluation du médecin.

Après avoir examiné la manière dont les médecins généralistes évaluent la consommation d'alcool de leurs patients, il est essentiel de se pencher sur le niveau de connaissance et de sensibilisation des patients afin de mieux comprendre ces éléments déterminants et ainsi améliorer la communication sur la consommation d'alcool.

C. Le niveau de connaissance des patients

1. Les repères de consommation

Parmi les personnes ayant répondu aux questions traitant des repères de consommation d'alcool, 82% estimaient que la consommation d'alcool comporte des risques à partir de 1 à 3 verres par jour et 73% à partir de 1 à 10 verres par semaine. Selon les données du Baromètre Santé 2020, la majorité (77%) situait à 2 verres ou moins la limite à ne pas dépasser sur une journée (43). Dans cette étude, la répartition des réponses n'était pas significativement différente entre les personnes dépassant les seuils et les autres. Dans notre étude, on notait une différence puisque 25% des personnes à risque ayant répondu à la question sous-estiment les seuils contre 15% chez les non à risque.

2. Conscience du risque

Même si ces résultats suggèrent que les repères de consommation ont été relativement bien intégrés par les Français, cela ne signifie pas pour autant que chaque personne a conscience du risque de sa propre consommation d'alcool.

En effet, nos résultats ont montré que, parmi les consommateurs d'alcool à risque, seulement une minorité considérait sa consommation d'alcool à risque pour sa santé, avec seulement 19% des personnes dépassant les repères et 21% des personnes à risque de mésusage. En revanche, cette différence semblait moins marquée sur des consommations d'alcool à priori plus importantes avec près de la moitié des patients classés à risque de dépendance ayant conscience du risque de leur consommation.

Dans leur étude, T. Phan et al., retrouvaient des résultats semblables : 94,6% des usagers à risque affirmaient ne pas avoir de problème avec l'alcool (10). Ces résultats pourraient être expliqués par deux notions traitées dans une étude publiée dans le « baromètre cancer 2015 : alcool et cancer » et qui reflètent la perception de la dangerosité de l'alcool : le déni du risque basé sur le sentiment de pouvoir éviter et contrôler les risques (par une consommation modérée, en choisissant le type d'alcool ou en se contrôlant pour éviter les violences ou les accidents), et la relativisation du risque par comparaison avec d'autres facteurs de risque (19).

Dans cette étude, les résultats montraient une augmentation de la relativisation du risque par rapport aux résultats de 2005 et une faible diminution du déni du risque et suggéraient que des efforts de pédagogie doivent encore être menés afin d'accroître la conscience du risque (19).

3. Risques liés à la consommation d'alcool

Concernant les risques liés consommation d'alcool, dans notre étude, un grand nombre de patients (82%) se disait suffisamment sensibilisé ce qui rejoint les résultats de l'étude suscitée avec 87,6% des patients se sentant bien informés sur les effets de l'alcool sur la santé. Pourtant, dans notre étude, lorsque nous avons demandé de préciser quelles pathologies pouvaient être liées à la consommation d'alcool, seulement 53,6% citaient le cancer alors que l'alcool est le 2^e facteur de risque de cancer après le tabac. Il est intéressant de comparer cette perception du risque de cancer lié à l'alcool avec celle du tabac. Selon le « Baromètre cancer 2015 : tabac et cancer », la perception du risque de cancer lié au tabagisme était très élevée au sein de la population française ; plus de neuf personnes sur dix considéraient ainsi que fumer du tabac favorise l'apparition d'un cancer (44).

Dans le « Baromètre cancer 2015 », le lien entre alcool et risque de cancer semblait bien mieux identifié par les personnes interrogées que dans notre étude, avec 84,8% des hommes qui pensaient que boire plus de 3 verres d'alcool par jour peut favoriser l'apparition de cancer et 77,9% des femmes qui pensaient que boire plus de 2 verres d'alcool par jour peut favoriser l'apparition d'un cancer (19). Cette différence peut s'expliquer par la taille bien supérieure de l'échantillon mais aussi par le fait que les résultats de cette étude montrent que cette perception tend à diminuer avec l'avancée en âge, or notre échantillon est constitué d'une majorité de patients de plus de 55 ans (19).

Cette même étude soulignait toutefois un certain déni du risque avec 57,1% des personnes interrogées qui étaient d'accord avec la proposition « boire de l'alcool peut provoquer le cancer seulement si on boit beaucoup, et pendant longtemps » (19).

D. Place du médecin généraliste

Dans notre étude, selon les patients, le médecin généraliste aurait toute sa place dans le dépistage des consommations d'alcool à risque avec 88% des personnes qui jugeaient normal que leur médecin traitant leur pose des questions au sujet de leur consommation. Dans l'étude T. Phan et al. réalisée entre 2015 et 2016, les patients estimaient également que leur médecin traitant est tout à fait compétent dans ce domaine (10).

Pourtant, seuls 31% des patients de notre échantillon estimaient que leur médecin connaissait leur consommation actuelle d'alcool. Ces résultats étaient encore plus marqués dans leur étude avec seulement 19,5% des patient qui pensait que leur médecin connaissait leur consommation d'alcool (10).

D'après C. Cogordan et al., le sujet alcool apparait relativement peu abordé en consultation de médecine générale et parmi les 18-75 ans ayant consulté un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois, 17% déclaraient que le sujet alcool avait été discuté en consultation (45).

Même s'il se disent bien informés et considèrent leur médecin comme légitime pour traiter les problématiques relatives à la consommation d'alcool, les patients se sentent-ils pour autant prêts à engager des démarches dans le cadre d'une réduction de leur consommation ?

E. Mesures de prévention

1. Mesures proposées aux patients dans notre questionnaire

Dans notre étude, nous avons fait deux propositions de démarches en ce sens : la consultation de prévention qui n'a pas été jugée utile par 60% des répondants à cette question et le « mois sans alcool » qui n'a pas été jugé utile par 71% des répondants. Au sujet du « mois sans alcool », la campagne « dry january » ou « défi de janvier » a été lancée seulement en 2019 en France grâce à une mobilisation inter associative, mais n'a pas reçu le soutien de l'état contrairement au « mois sans tabac ». L'absence d'une campagne de masse pourrait expliquer un manque d'engouement de la part des patients pour le « mois sans alcool ».

Dans l'enquête menée par R. Andler et al., parmi les 18-75 ans ayant consommé de l'alcool au cours des sept derniers jours, 19% déclaraient vouloir réduire consommation d'alcool (43).

Ceci pourrait refléter que la majeure partie des personnes interrogées ne seraient pas forcément dans une démarche de réduction de leur consommation et, de ce fait, les mesures proposées ne sont pas jugées comme utiles pour eux. De même, si comme l'ont montré nos résultats, la plupart des patients interrogés semblaient ne pas avoir conscience du risque de leur propre consommation alors, ils n'auraient pas de raison de vouloir réduire leur consommation d'alcool.

Malgré un faible taux de réponse positive pour la consultation de prévention dédiée ou RPIB et le « mois sans alcool », des études ont pourtant montré leur efficacité dans la réduction de la consommation d'alcool.

Une méta-analyse publiée en 2018 et incluant 69 études a mis en évidence que l'intervention brève permettait une réduction de la consommation d'alcool significative chez les patients ayant usage à risque. (33)

Le « mois sans alcool » a aussi prouvé son efficacité en termes de réduction de la consommation d'alcool : 70% des participants buvaient moins 6 mois après le mois sans alcool : les jours de consommation hebdomadaire ont chuté en moyenne de 4.3 à 3.3, les unités consommées par jour de 8.6 à 7.1 et la fréquence des ivresses est passée de 3.4 à 2.1 par mois (46).

Mais selon une enquête réalisée en 2018, les effets du « mois sans alcool » ne se limitent pas à la réduction de la consommation d'alcool, on notait également une réduction de la pression artérielle, du cholestérol, du risque de diabète et des facteurs de croissance associés au cancer (47).

Les patients interrogés rapportaient également des bénéfices en termes de cognition, de qualité de vie, de compréhension et de contrôle de leur consommation (48).

Ces méthodes de prévention ayant déjà montré de nombreux bénéfices, elles méritent d'être développées et encouragées.

En ce qui concerne les consultations de prévention, l'ancien ministre de la Santé F. Braun a déclaré qu'elles débuteraient début octobre 2023. Il s'agirait de rendez-vous de prévention réalisés par un médecin généraliste, infirmière ou pharmacien, proposés aux âges charnières de 25, 45 et 65 ans, gratuits pour les patients et d'une durée d'environ 45 minutes. La promotion de tels rendez-vous pourrait susciter l'intérêt du patient. Néanmoins, cela ne semble pas résoudre les problématiques de temps et de financement dédié citées par les médecins généralistes car cette consultation de trois quarts d'heures ne serait cotée que 30 euros.

Au sujet du « mois sans alcool », cette campagne de prévention devrait être soutenue et financée par l'état afin d'attirer l'attention des personnes sur ses avantages.

La prévention de la consommation d'alcool est possible au travers d'autres mesures de prévention dont celles citées par les patients de notre échantillon.

2. Mesures de prévention proposées par les patients

Lorsque nous avons interrogé les patients sur des mesures de prévention efficaces pour réduire la consommation d'alcool, plusieurs ont souligné l'importance de la prévention chez les jeunes et en milieu scolaire. En effet, il paraît indispensable d'informer et d'éduquer en agissant avant toute consommation d'alcool ou sur des consommations précoces.

Selon l'enquête ESCAPAD 2017, l'alcool restait la substance la plus communément expérimentée par les adolescents français : 85,7% des adolescents de 17 ans ont déclaré avoir déjà bu de l'alcool au cours de leur vie et 44% ont déclaré une API au cours du derniers mois (49). D'après l'enquête EnCLASS menée auprès de 2000 collégiens en classe de 3^e, la problématique était déjà très présente avec 64,1 % déclarant avoir déjà bu au cours de leur vie et 18,4% ayant connu une API au cours du dernier mois (50).

Malgré l'interdiction de la vente d'alcool aux mineurs, ces derniers ne semblent pas rencontrer de problème pour s'approvisionner : 91% des adolescents de 17 ans déclarait avoir acheté au moins une fois dans l'année de l'alcool dans un magasin et 77,5% déclarait avoir consommé de l'alcool dans un bar, un restaurant ou une discothèque sur la même période (49).

Selon l'enquête Aramis, pour les adolescents, l'alcool est une expérience sociale avant tout, les incitations à consommer sont permanentes et les représentations de l'alcool sont largement valorisées (51). L'alcool est associé à la joie, la fête, l'insouciance etc. On note également un déni du risque. De manière générale, les risques de la consommation d'alcool sont peu cités ou minimisés. Les mineurs apparaissent toutefois demandeurs de repères et de techniques d'autorégulation.

Concernant l'augmentation des taxes sur l'alcool, dans l'enquête EROPP menée en 2018, seulement 32% des répondants approuvaient la phrase « certains pensent que, comme pour les cigarettes, il faudrait augmenter régulièrement le prix des boissons alcoolisées pour en limiter la consommation » (14). Dans cette même enquête, est souligné que près d'un quart des répondants se souvenaient avoir vu ou entendu une publicité pour une boisson alcoolisée au

cours de la dernière semaine. Les personnes interrogées se montraient favorables à des mesures limitant la visibilité du produit dont deux tiers étaient en faveur d'une interdiction totale de la publicité pour l'alcool.

Dans les mesures de prévention proposées par les patients, figurait l'utilisation de vidéos ou bien des réseaux sociaux comme moyen efficace de sensibilisation. A titre d'exemple, le Youtuber Fabien Olicard soutenu par SPF a publié une vidéo en octobre 2021 qui a déjà fait plus de 200 000 vues. Dans cette expérience, il propose à 4 personnalités de Youtube de retracer leur consommation d'alcool de la semaine. Il les amène ainsi à une prise de conscience et une réflexion sur leur propre consommation afin de mieux la contrôler. Il fait également le point sur certaines idées reçues sur l'alcool et évoque la notion de pression sociale à boire (52).

En conclusion, l'examen des mesures de prévention en matière de consommation d'alcool met en lumière un écart entre les propositions formulées aux patients et leur réception. Bien que les consultations de prévention et le « mois sans alcool » aient été moins bien accueillis que prévu dans notre étude, des preuves solides existent quant à leur efficacité dans la réduction de la consommation d'alcool. Les résultats indiquent également que la sensibilisation des patients aux risques liés à la consommation d'alcool est encore insuffisante, et cela peut influencer leur perception des mesures de prévention.

La prise de conscience des bienfaits potentiels de ces méthodes, qu'il s'agisse de consultations de prévention ou de campagnes telles que le « mois sans alcool », est essentielle pour renforcer leur adhésion. Pour ce faire, une collaboration entre les autorités de santé et les acteurs de la société civile pourrait contribuer à accroître la visibilité et l'impact de ces initiatives. La nécessité d'intervenir dès le plus jeune âge et au sein des milieux scolaires pour prévenir les débuts de la consommation d'alcool et de ses risques est une démarche prometteuse, soutenue par les témoignages des patients.

L'idée d'utiliser des plateformes telles que les réseaux sociaux et des vidéos éducatives pour sensibiliser les individus à l'impact de leur consommation d'alcool présente également un potentiel significatif.

En somme, les mesures de prévention pour la consommation d'alcool ne doivent pas seulement reposer sur la sensibilisation des patients, mais aussi sur une combinaison de stratégies incluant des approches médicales, éducatives et sociales. Il est essentiel d'investir

dans la promotion de ces méthodes, de renforcer la communication sur les risques liés à la consommation d'alcool, et de continuer à explorer de nouvelles avenues pour encourager des comportements plus sains en matière d'alcool.

III. Forces et faiblesses de l'étude

A. Points forts de l'étude

1. La consommation d'alcool en France, un sujet toujours d'actualité

La consommation d'alcool en France reste encore élevée de nos jours et engendre de nombreux problèmes de santé et accidents et a un impact socio-économique. Ces éléments montrent que la consommation d'alcool en France est un sujet d'actualité avec des enjeux de santé publique, des débats sociétaux et des mesures politiques pour faire face aux problèmes liés à cette consommation dans le pays.

Notre thèse rentre dans le cadre de la réduction des risques et des dommages qui est une approche de santé publique visant à minimiser les conséquences négatives associées à certaines pratiques dans notre société.

2. La comparaison des questionnaires, une méthodologie originale

Il existe peu d'études dans la littérature ayant pour objectif principal d'apprécier réellement l'évaluation de la consommation d'alcool des patients faite par le médecin généraliste. Les données à ce sujet relevaient souvent de questions subjectives posées au médecin ou au patient. Nous avons voulu créer une méthodologie permettant d'obtenir des données plus objectives et comparables. Nos questionnaires nous permettent de classer objectivement les patients comme ayant une consommation d'alcool à risque pour leur santé avec des détails sur le dépassement des seuils recommandés, la probabilité d'un mésusage ou d'une dépendance. L'utilisation du questionnaire FACE déjà validé et recommandé par la HAS apporte une meilleure sensibilité à notre questionnaire.

Même s'il existe des axes d'amélioration visant à réduire certains biais statistiques (nous les citerons plus loin), cette étude pourrait constituer une base méthodologique pour être utilisée à plus grande échelle.

3. Des données actualisées

La consommation d'alcool en France évolue en quantité et en mode de consommation, et les recommandations également. Notre étude récente prend en compte les nouveaux seuils de consommation recommandés et nous documente sur des niveaux de consommation d'alcool actualisés en Poitou Charentes.

4. Les questionnaires patients, une intéressante source d'information

Du fait du nombre assez important de patients inclus dans cette étude, l'analyse des questionnaires patients constitue une intéressante source de données sur le plan épidémiologique.

En effet, elle nous permet de faire un état des lieux des consommations des patients consultants au Nord de la région Nouvelle Aquitaine (anciennement Poitou-Charentes). C'est aussi une source de données sur l'état de leurs connaissances sur le sujet, leur avis sur la place du médecin généraliste et les mesures de prévention proposées. Enfin, nos résultats mettent en exergue une notion déjà traitée dans certaines études : la minimisation et la mise à distance du risque.

5. La question ouverte, un brainstorming géant

L'utilisation de la question ouverte « Quelle autre mesure pourrait, selon vous, vous aider à évaluer le risque de votre consommation et/ou à réduire votre consommation ? » comme dernière question du questionnaire ouvre la parole. Elle encourage la réflexion et stimule l'intérêt du patient. Elle nous amène à explorer différentes perspectives, celles du principal concerné dans ce cas : le patient, le plaçant comme acteur dans la prévention des problèmes liés à l'alcool.

B. Limites de l'étude

1. Biais de recrutement

Lors du recrutement des médecins, plusieurs demandes n'ont pas abouti par l'absence de réponse ou bien par refus exprimé par le médecin de participer à l'étude. La raison principalement exprimée était le manque de temps et de disponibilité, ce d'autant plus que l'étude a été réalisée en période hivernale, particulièrement compliquée en termes de charge de travail. Le sujet et la méthodologie contraignante de l'étude ont pu engendrer un recrutement biaisé de médecins plus disponibles ou bien plus intéressés par le sujet.

2. Biais de sélection

Même si elle regroupe un nombre assez satisfaisant de patients, l'étude porte sur l'évaluation de la consommation d'alcool des patients par le médecin. Il aurait donc été intéressant de recruter un nombre plus important de médecins quitte à demander à chaque médecin d'évaluer la consommation de moins de patients. En effet, avec 22 médecins recrutés, l'échantillon de médecin ne peut être représentatif des médecins généralistes exerçant au Nord de la Nouvelle Aquitaine.

Il peut exister plusieurs biais de sélection concernant les patients. Tout d'abord, il était suggéré aux médecins dans le protocole de proposer le questionnaire aux premiers patients de la journée, ce qui pourrait expliquer une proportion plus importante de patients plus âgés et donc moins représentatif de la population de patients consultant en médecine générale. De plus, la consommation d'alcool est un sujet sensible et chaque patient était en droit de ne pas participer à l'étude. Or, au sein des patients ayant refusé de participer, il pourrait y avoir plus de consommateurs d'alcool à risque. Enfin, l'étude a été menée pendant des événements pourvoyeurs d'une plus forte consommation d'alcool : coupe du monde de football, fêtes de Noël et du nouvel an et donc les consommations d'alcool déclarées à cette période peuvent être moins représentatives de la consommation habituelle du patient.

3. Biais de mesure et de classement

Du fait de l'anonymisation des questionnaires, nous avons dû nous séparer de nombreuses questions et informations concernant les patients : données socio professionnelles autre autres, et de toute précision concernant les médecins : sexe, âge, mode et lieu d'exercice, durée d'installation etc.

Lors de l'évaluation de la consommation d'alcool et de manière générale, il peut toujours exister un biais de rappel mais également un biais dû à la désirabilité sociale entraînant une sous déclaration des mauvais comportements. Ce type de biais peut expliquer certains des écarts entre les consommations déclarées par le patient et l'évaluation réalisée par le médecin.

Au moment du classement des patients ayant une consommation d'alcool à risque ou non, il peut y avoir des erreurs. Lors de la rédaction du protocole d'étude, nous n'avons pas mentionné d'exclure les patientes allaitantes au même titre que les femmes enceintes chez qui toute consommation d'alcool est à risque. Un message a donc été envoyé à postériori aux médecins participants leur demandant d'exclure ces patients. Malgré cela, des patientes ont pu être incluses pouvant entraîner ainsi une erreur de classement de ces patientes.

Il peut également y avoir des erreurs de classements des personnes âgées de plus de 65 ans qui ont été classées selon les seuils de consommation classiques mais chez qui des recommandations plus spécifiques et plus strictes ont été définies. Ces personnes ont pu donc être classées n'ayant pas de consommation à risque alors que c'est le cas selon ces seuils.

Enfin, malgré le nombre assez important de patients inclus, la fréquence des patients à risque de mésusage et de dépendance était assez faible dans notre échantillon et donc dans certains cas, les résultats n'étaient pas statistiquement significatifs. C'est tout particulièrement le cas lors de la comparaison de l'interprétation du questionnaire FACE. C'était également le cas lors des analyses en sous-groupe selon le sexe par exemple. Pour pallier ce manque de puissance, nous aurions dû calculer un nombre de sujets nécessaires suffisant en fonction de la fréquence des personnes à risque de dépendance.

IV. Signification de l'étude et perspectives

Notre étude permet de conclure que, dans notre échantillon, l'évaluation par le médecin généraliste de la consommation d'alcool des patients reste insuffisante. C'est le cas en particulier chez les patients classés comme ayant une consommation d'alcool à risque chez qui le risque est majoritairement sous-estimé.

Cela permet de confirmer de manière objective ce que laissaient supposer certaines enquêtes. En 2009, le baromètre santé médecin généraliste indiquait que seulement 23% des médecins généralistes déclaraient aborder au moins une fois avec chaque patient la question de l'alcool (38). Plus récemment, dans le quatrième panel d'observations des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville en 2019-2020, 43% des médecins déclaraient effectuer un dépistage systématique et renouvelé de l'usage de l'alcool (9). Du point de vue des patients, ce dépistage serait encore moins effectué avec seulement 17% des patients de 18-75 ans qui déclaraient que le sujet alcool avait été abordé en consultation dans les 12 derniers mois (10).

Le dépistage de la consommation d'alcool est un enjeu majeur de santé publique, étant donné les problèmes de santé associés à sa surconsommation. Un dépistage insuffisant chez les patients en médecine générale peut entraîner des retards dans le diagnostic et la prise en charge des troubles de l'usage de l'alcool et de ses conséquences. Pour améliorer cette situation, il apparaît donc essentiel de trouver des solutions afin de lever les freins à ce dépistage.

Parmi ces freins, certains sont déjà identifiés par les médecins généralistes. Certains médecins ne se sentent pas suffisamment formés pour poser des questions sur la consommation d'alcool de manière appropriée. Des efforts sont donc encore nécessaires pour améliorer la sensibilisation et la formation des médecins généralistes sur ce sujet. L'utilisation des outils de dépistage comme les questionnaires validés doit être tout particulièrement incitée. Leur intégration dans les logiciels utilisés en médecine générale pourrait faciliter leur utilisation.

Le manque de temps et de disponibilité empêche également les médecins généralistes de mener des entretiens approfondis sur la consommation d'alcool. Là encore des solutions pourraient être apportées comme le soutien d'autres professionnels de santé : les infirmières Asalée, les infirmières en pratique avancée (IPA), ou les assistants médicaux par exemple. L'utilisation de la télémédecine pourrait aussi faciliter l'accès au dépistage.

Dans le cadre de la coordination des soins, le médecin généraliste pourrait être incité à effectuer ce dépistage et proposer une prise en charge des patients dans les situations à risque repérées par les autres professionnels de santé par exemple lors d'un passage aux urgences avec alcoolisation aigue. Ceci impliquerait la proposition systématique au patient d'un suivi par le médecin généraliste à la suite de ce repérage et l'envoi d'un courrier au médecin traitant à ce sujet.

Des opérations de dépistage organisé pourraient aussi venir soutenir le dépistage réalisé par les acteurs de soins premiers.

De plus, certains résultats de notre étude soulèvent des problèmes persistants : un manque d'information des patients, une mise à distance du risque voire un déni de la part des patients, le désintérêt pour les mesures de prévention proposées.

Les médecins généralistes ne peuvent à eux seuls gérer les troubles de l'usage de l'alcool. Leur action dans la prévention rentre en réalité dans un processus de dénormalisation de la consommation d'alcool qui est encore à son commencement. Ce processus de changement social est complexe et peut prendre du temps. Il vise à remettre en question la culture et les normes sociales qui encouragent ou acceptent la consommation excessive d'alcool et implique un changement des attitudes et des comportements.

Cette démarche doit être pluridisciplinaire incluant les acteurs de l'Education, le cadre législatif et judiciaire, les travailleurs sociaux et les acteurs de santé. L'utilisateur est alors l'acteur principal de cette démarche. Ces changements doivent avant tout être encouragés par l'information et la sensibilisation aux risques liés à l'alcool. Des campagnes de prévention comme « l'alcool n'a rien à voir avec la bonne santé » doivent être multipliées. La campagne « mois sans alcool » ou « dry january » mériterait à être mieux soutenue en France au vu des résultats apportés par les études britanniques. D'autres leviers peuvent être mis en œuvre pour faciliter ce processus : le renforcement des politiques de santé publique et de la législation, l'engagement des médias, la collaboration avec l'industrie de l'alcool.

Il serait intéressant de mener cette étude à plus grand échelle, auprès d'une plus grande population de médecins généralistes en France afin qu'elle soit plus représentative de l'évaluation de la consommation d'alcool des patients par les médecins généralistes français. Dans ce type d'étude, des précisions pourraient être apportées sur les patients et sur les médecins et les résultats d'une telle étude seraient plus pertinents pour tirer des conclusions sur la population générale.

Enfin, nous pourrions également mesurer les effets des mesures proposées ci-dessus pour faciliter le dépistage en médecine générale sur l'évaluation de la consommation d'alcool du patient par le médecin généraliste.

CONCLUSION

Dans notre étude, nous avons examiné l'évaluation de la consommation d'alcool des patients par les médecins généralistes.

Les résultats ont révélé que, malgré une évaluation correcte dans deux tiers des cas, la concordance entre les évaluations des médecins et les déclarations des patients était faible. Les médecins avaient tendance à sous-estimer le risque, en particulier chez les patients présentant une consommation à risque.

Notre étude a mis évidence une part significative de patients ayant une consommation d'alcool à risque qui, dans plus de la majorité des cas, n'avaient pas conscience de ce risque. De plus, bien que les patients connaissent les seuils de consommation à risque, ils semblaient moins conscients des risques de pathologies liées à l'alcool.

Une grande partie des patients trouvait normal que les médecins abordent la question de la consommation d'alcool, mais seulement un tiers pensait que leurs médecins connaissaient leur consommation actuelle.

Les mesures de prévention proposées ne suscitaient pas d'enthousiasme chez les patients, mais ces derniers exprimaient un intérêt pour des campagnes d'information et de sensibilisation ainsi que pour des mesures gouvernementales.

Cette étude met en évidence que l'évaluation de la consommation d'alcool par les médecins généralistes reste encore insuffisante. Cela a des implications majeures en matière de santé publique, car un dépistage inadéquat peut entraîner des retards dans le diagnostic et la prise en charge des troubles liés à l'alcool. Pour améliorer cette situation, il est nécessaire de lever les freins à un dépistage efficace.

Il est crucial d'intensifier la sensibilisation et la formation des médecins généralistes concernant le dépistage de la consommation d'alcool. L'utilisation d'outils de dépistage validés, tels que des questionnaires standardisés, doit être encouragée. L'intégration de ces outils dans les logiciels médicaux faciliterait leur utilisation. Les contraintes de temps pourraient être résolues en impliquant d'autres professionnels de santé, comme les infirmières et les assistants médicaux, voire en utilisant la télémédecine.

Cependant, l'étude soulève également des problèmes plus profonds tels que le manque d'information et la mise à distance du risque chez les patients. Une approche pluridisciplinaire est nécessaire pour aborder ces problèmes, impliquant l'éducation, la législation, les médias, les travailleurs sociaux et l'industrie de l'alcool. Les efforts de prévention doivent viser à dénormaliser la consommation excessive d'alcool et à encourager un changement des attitudes et des comportements.

En vue de travaux complémentaires, il serait utile de mener une étude à plus grande échelle, impliquant un plus grand nombre de médecins généralistes et de patients, pour obtenir des résultats plus représentatifs. En parallèle, évaluer l'efficacité des mesures de prévention proposées sur l'évaluation de la consommation d'alcool par les médecins généralistes serait pertinent pour éclairer les prochaines étapes de l'amélioration de la prise en charge de la consommation d'alcool à risque.

BIBLIOGRAPHIE

1. Alcool & Santé, lutter contre un fardeau à multiples visages. Inserm, La science pour la santé, publié le 25/02/2021 [Internet]. [cité 9 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/alcool-sante/>
2. Le coût social des drogues en France - Note de synthèse. OFDT, sept 2015 [Internet]. [cité 9 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/notes/le-cout-social-des-drogues-en-france/>
3. Alcool : repères de consommation. L'Assurance Maladie, mis à jour le 2 mars 2021 [Internet]. [cité 9 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/alcool-sante/definition-reperes-consommation>
4. Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. Santé publique France et l'Institut national du cancer, le 4 mai 2017 [Internet]. [cité 25 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/liste-des-actualites/avis-d-experts-relatif-a-l-evolution-du-discours-public-en-matiere-de-consommation-d-alcool-en-france-organise-par-sante-publique-france-et-l-insti>
5. Richard JB, Andler R, Cogordan C, Spilka S, Nguyen-Thanh V. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, 2019;5-6:89-97.
6. Plan national de mobilisation contre les addictions. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, 2018-2022:132.
7. SANT4 - Bulletin Officiel N°2006-11: Annonce N°34, 12 oct 2006 [Internet]. [cité 9 janv 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-11/a0110034.htm>
8. Anderson P, Gual A, Colom J. Alcool et médecine générale : Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. Mis à jour le 13 déc 2019 [Internet]. [cité 25 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/referentiel/alcool-et-medecine-generale-recommandations-cliniques-pour-le-reperage-precoce-et-les-interventions-breves>
9. David S, Buyck JF, Metten MA. Les médecins généralistes face aux conduites addictives de leurs patients. ORS Pays de la Loire, Juillet 2021;80:10-16.
10. Phan T, Yana J, Fabre J, Yana L, Renard V, Ferrat E. Repérage de la consommation d'alcool à risque par les médecins généralistes : enquête auprès de patients en soins premiers. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, Août 2020;68(4):215-25.
11. L'alcool, les boissons alcoolisées c'est quoi ? Que représente un verre d'alcool ? Alcoolinfoservice. Alcool Info Service [Internet]. [cité 25 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.alcool-info-service.fr/alcool/boissons-alcoolisees/verre-alcool>
12. Société Française d'Alcoologie, Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie, European Federation of Addiction Societies. Mésusage de l'alcool : dépistage diagnostic et traitement. Alcoologie et addictologie, 2015;37(1):5-84.

13. Gamet R, Je maîtrise ma consommation d'alcool. Le vrai visage de l'alcool. Ellipses, 2019:15-22.
14. Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, Chyderiotis S, Drogues : perception des produits, des politiques et des usagers. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, avril 2019. [Internet]. [cité 9 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxssz4.pdf>
15. Palle C. Les évolutions récentes de la consommation d'alcool en France et de ses conséquences. OFDT, déc 2000;20.
16. Global status report on alcohol and health 2018. World Health Organisation [Internet]. [cité 9 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241565639>
17. Bonaldi C, Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, 2019;5-6:98-107.
18. Paille F, Reynaud M. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, 2015;(24-25):440-9.
19. Cogordan C, Richard JB, Andler R, Ancellin R, Deutsch A. Baromètre cancer 2015. Alcool et cancer. Comportements, opinions et perceptions des risques. Saint-Maurice : Santé publique France, 2018. 16p.
20. World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, dans the prevention of cancer :a global perspective. Washington DC :AICR 2018.
21. Zeka A, Gore R, Kriebel D. Effects of alcohol and tobacco on aerodigestive cancer risks: a meta-regression analysis. Cancer causes control, 2003 Nov ;14(9):897-906.
22. Les objectifs de connaissance en hépato-gastro-entérologie pour le 2^{ème} cycle des études médicales, document source national, collège des universitaires français d'hépatogastro-entérologie, décembre 2022. [Internet]. [cité 28 juill 2023]. Disponible sur: https://www.snfge.org/sites/www.snfge.org/files/SNFGE/Formation/dsn_cdu-hge_2022-decembre.pdf
23. Schwarzing M, Pollock BG, Hasan OSM, Dufouil C, Rehm J, Baillot S, et al. Contribution of alcohol use disorders to the burden of dementia in France 2008–13: a nationwide retrospective cohort study. The Lancet Public Health, 1 mars 2018;3(3):e124-32.
24. Anderson P, Baumberg B. L'Alcool en Europe Une approche en santé publique Rapport à la Commission européenne. Institute of Alcohol Studies, Londres, juin 2006;160-163.
25. Mouquet M-C, Villet H, Badeyan G, Trugeon A. Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2002;(192).
26. Observatoire National Interministériel de Sécurité Routière. La sécurité routière en France. Bilan de l'accidentalité de l'année 2021. Paris, 2022. 205 p.

27. Consommation d'alcool : avec l'âge, des risques accrus pour la santé | Pour les personnes âgées, mis à jour le 24 mars 2022 [Internet]. [cité 26 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/preserver-son-autonomie-et-sa-sante/consommation-dalcool-avec-lage-des-risques-accrus-pour-la-sante>
28. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte – Fiche outil. HAS, Déc 2014 mise à jour janvier 2021. [Internet]. [cité 9 janv 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-02/reco403_fiche_outil_2021_alcool_cannabis_tabac_cd_2021_02_11_v0.pdf
29. Dewost AV, Michaud P, Arfaoui S, Gache P, Lancrenon S. Fast alcohol consumption evaluation: a screening instrument adapted for French general practitioners. *Alcohol Clin Exp Res*, nov 2006;30(11):1889-95.
30. Fiellin DA, Reid MC, O'Connor PG. Screening for Alcohol Problems in Primary Care: A Systematic Review. *Arch Intern Med*, 10 juill 2000;160(13):1977.
31. King M. At risk drinking among general practice attenders: validation of the CAGE questionnaire. *Psychological Medicine*, 1986;16(01):213–217.
32. Marie-Olivia C. Fiche points clés - Comment repérer et accompagner les consommations d'alcool ? HAS, 2022;15.
33. Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, publié le 24 fév 2018. [Internet]. 2018 [cité 9 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004148.pub4/full>
34. Avis du conseil scientifique du CNGE. Soins du patient ayant une consommation d'alcool à risque en médecine générale – Pour un repérage systématique et non jugeant. Paris, 2019.
35. Huas D, Rueff B. Le repérage précoce et l'intervention brève sur les consommateurs excessifs d'alcool en médecine générale ont-il un intérêt ? *Exercer*, 2010;90:20-3.
36. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte – rapport d'élaboration. HAS, Nov 2014 mise à jour janvier 2021. [Internet]. [cité 9 janv 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-02/reco403_rapport_elaboration_2014_maj2021_alcool_cannabis_tabac_cd_2021_02_05.pdf
37. Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie, éditeurs. *Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie*. 3e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais, 2021;333-344.
38. Gautier A. *Baromètre santé médecins généralistes 2009*. Saint-Denis: INPES éd; 2011. (Baromètres santé).
39. Yoast RA, Wilford BB, Hayashi SW. Encouraging Physicians to Screen for and Intervene in Substance Use Disorders: Obstacles and Strategies for Change. *Journal of Addictive Diseases*. 12 juin 2008;27(3):77-97.

40. Bilan démographique 2022 | Insee [Internet]. [cité 23 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6686521#consulter-sommaire>
41. Ps F. Médecins généralistes (hors médecins à exercice particulier) libéraux. [Internet]. [cité 23 juill 2023]. Disponible sur: https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2020_fiche_medecins-generalistes-hors-medecins-a-exercice-particulier-liberaux_0.pdf
42. Mouquet MC, Canoui-Poitrine F, Le risque d'alcoolisation excessive : des écarts entre les déclarations des patients et l'avis des médecins. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2005;12.
43. Andler R, Quatremère G, Gautier A, Soullier N, Lahaie E, Richard JB, Nguyen-Thanh, Dépassement des repères de consommation d'alcool à moindre risque en 2020 : Résultats du baromètre de Santé publique France. BEH 2017, Novembre 2021:304-312. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/article/depassement-des-reperes-de-consommation-d-alcool-a-moindre-risque-en-2020-resultats-du-barometre-sante-de-sante-publique-france>
44. Pasquereau A. Baromètre de santé publique France 2015 : Tabac et cancer. Santé Publique France, janv 2019. [Internet]. [cité 23 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/documents/enquetes-etudes/barometre-de-sante-publique-france-2015.-tabac-et-cancer>
45. 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.
46. De Visser R. Evaluation of Dry January 2019. School of Psychology Université of Sussex, Décembre 2019. [Internet]. [cité 23 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.drugsandalcohol.ie/32647/1/R-de-Visser-Dry-January-evaluation-2019.pdf>
47. Mehta G, Macdonald S, Cronberg A, Rosselli M, Khera-Butler T, Sumpter C, et al. Short-term abstinence from alcohol and changes in cardiovascular risk factors, liver function tests and cancer-related growth factors: a prospective observational study. BMJ Open, mai 2018;8(5):e020673.
48. De Visser R, Nicholls J. Temporary abstinence during Dry January: predictors of success; impact on well-being and self-efficacy. Psychology & Health, 1 nov 2020;35(11):1293-305.
49. Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, Shah J, Chyderiotis S. Les drogues à 17 ans, analyse de l'enquête ESCAPAD 2017. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies, Février 2018;123. [Internet]. [cité 23 juill 2023]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxssy2.pdf>
50. Spilka S, Philippon A, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Eroukmanoff V, Godeau E, Usage d'alcool, de tabac et de cannabis chez les élèves de 3^e en 2021. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanie, Déc 2021. [Internet]. [cité 27 avril 2023]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxss2bc.pdf>

51. Obradovic I. Représentations, motivations et trajectoires d’usages de drogues à l’adolescence. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanie, Décembre 2017:122. [Internet]. [cité 23 juill 2023]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxi0y1.pdf>
52. Une semaine de consommation d’alcool d’un seul coup d’oeil - Alcool Info Service, posté le 17 nov 2021. [Internet]. [cité 23 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.alcool-info-service.fr/Actualites/Une-semaine-de-consommation-d-alcool-d-un-seul-coup-d-oeil>

ANNEXES

Annexe 1 : classification CIM10 de l'OMS (12)

Utilisation nocive pour la santé – CIM-10

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

Syndrome de dépendance – CIM-10

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

- a) Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive.
- b) Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation).
- c) Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
- d) Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré (certains sujets dépendants de l'alcool ou des opiacés peuvent consommer des doses quotidiennes qui seraient létales ou incapacitantes chez les sujets non dépendants).
- e) Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets.
- f) Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives (par exemple atteinte hépatique due à des excès alcooliques, épisode dépressif après une période de consommation importante ou altération du fonctionnement cognitif liée à la consommation d'une substance). On doit s'efforcer de préciser que le sujet était au courant, ou qu'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives

Trouble de l'usage d'une substance – DSM-V

- 1 : Usage récurrent d'alcool avec pour conséquence des difficultés à accomplir ses obligations professionnelles ou familiales (par exemple absences répétées, diminution des performances de travail, négligence parentale ou négligence de l'entretien du domicile).
- 2 : Usage récurrent d'alcool avec pour conséquence une mise en danger physique du sujet (conduite automobile, utilisation de machines, etc.).
- 3 : Persistance de l'usage d'alcool en dépit de problèmes sociaux ou interpersonnels récurrents ou continus causés ou exacerbés par les effets de l'alcool.
- 4 : Tolérance, définie par l'un des deux critères suivants :
 - un besoin manifeste d'augmenter les quantités d'alcool pour atteindre un état d'intoxication ou l'effet désiré ;
 - une diminution manifeste de l'effet produit en cas d'usage continu de la même quantité d'alcool.
- 5 : Signes de sevrage, définis par l'un des deux critères suivants :
 - présence de signes de sevrage concernant l'alcool lors de l'arrêt ou forte diminution ;
 - l'alcool est parfois consommé pour éviter ou stopper des signes de sevrages.
- 6 : L'alcool est consommé en plus grande quantité, ou sur une période de temps plus longue que ce qui était envisagé.
- 7 : Il existe un désir persistant ou bien des efforts infructueux du sujet pour arrêter ou contrôler sa consommation d'alcool.
- 8 : Un temps important est consacré par le sujet à des activités visant à se procurer de l'alcool, à le consommer, ou à récupérer des effets de la consommation.
- 9 : Des activités importantes sur le plan professionnel, personnel, ou bien récréatif sont abandonnées au profit de la consommation d'alcool.
- 10 : L'usage d'alcool reste identique en dépit de la prise de conscience de l'existence de répercussions continues ou récurrentes des consommations, sur le plan physique ou psychologique.
- 11 : On constate la présence régulière d'un craving, ou envie importante ou compulsive de consommer de l'alcool

Trouble de l'usage de l'alcool faible : au moins 2 critères présents sur 11

Trouble de l'usage de l'alcool modéré : au moins 4 critères présents sur 11

Trouble de l'usage de l'alcool sévère : au moins 6 critères présents sur 11

Annexe 3 : Questionnaire FACE recommandé par la HAS pour le repérage du mésusage (31)

Questionnaire FACE (Formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien)

Les questions portent sur la consommation des 12 derniers mois.

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

Interprétation du score total ; hommes (H) / femmes (F)

Risque faible ou nul : H moins de 5 ; F moins de 4 : renforcement des conduites favorables à la santé

Consommation excessive probable : H 5 à 8 ; F 4 à 8 : intervention brève

Dépendance probable : H et F plus de 8 : proposer une consultation d'addictologie

Annexe 4 : Questionnaire AUDIT-C (collège des enseignants de psychiatrie) (32)

Questionnaire AUDIT-C (collège des enseignants de psychiatrie)

Les questions portent sur la consommation des 12 derniers mois.

1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ? Jamais = 0 ; Une fois par mois ou moins = 1 ; Deux à 4 fois par mois = 2 ; Deux à 3 fois par semaine = 3 ; Quatre fois par semaine ou plus = 4 ;
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ? 3 ou 4 = 1 ; 5 ou 6 = 2 ; 7 à 9 = 3 ; 10 ou plus = 4 ;
3. A quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ? Jamais = 0 ; Moins d'une fois par mois = 1 ; Une fois par mois = 2 ; Une fois par semaine = 3 ; Chaque jour ou presque = 4

Interprétation du score total

Un score supérieur ou égal à 4 chez l'homme et à 3 chez la femme est évocateur d'un mésusage actuel d'alcool.

Questionnaire médecin

Au sujet de votre patient(e) :

Merci de remplir ce questionnaire en entourant la réponse choisie.

1. A quelle fréquence pensez-vous qu'il lui arrive de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	Jamais	Une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine
2. Combien de verres standard pensez-vous qu'il/elle a bu au cours de la dernière semaine ?	0 à 5	6 à 10	11 à 15	16 à 20	Plus de 20
3. Au cours de la dernière semaine, pensez-vous qu'il y a des jours où il/elle n'a pas bu d'alcool ?	Oui				Non
4. Combien de verres standard pensez-vous qu'il/elle boit au cours d'une journée ordinaire ou il/elle boit de l'alcool ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus
5. Pensez-vous que son entourage lui a déjà fait des remarques au sujet de sa consommation d'alcool ?	Oui				Non
6. Pensez-vous qu'il/elle a déjà eu besoin d'alcool le matin pour se sentir en forme ?	Oui				Non
7. Pensez-vous qu'il lui arrive de boire et de ne plus se souvenir ensuite de ce qu'il/elle a pu dire ou faire ?	Oui				Non

NB : Ce questionnaire étant anonyme, toute réponse rompant l'anonymat mènera à la destruction du questionnaire qui ne sera donc pas pris en compte dans l'étude.

Questionnaire patient

Merci de remplir ce questionnaire en cochant ou en entourant la réponse choisie.

Vous êtes : ☐ une femme ☐ un homme

Vous avez : ☐ 25 ans ou moins ☐ entre 26 et 35 ans
☐ entre 36 et 45 ans ☐ entre 46 et 55 ans
☐ entre 56 et 65 ans ☐ 66 ans ou plus

1. A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	Jamais	Une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine
2. Combien de verres standard avez-vous bu au cours de la dernière semaine ?	0 à 5	6 à 10	11 à 15	16 à 20	Plus de 20
3. Au cours de la dernière semaine y-a-t-il des jours où vous n'avez pas bu d'alcool ?	Oui				Non
4. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire ou vous buvez de l'alcool ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus
5. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?	Oui				Non
6. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?	Oui				Non
7. Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?	Oui				Non
8. Pensez-vous que votre consommation d'alcool est à risque ?	Oui				Non

9. Pour vous, à partir de combien de verres d'alcool par semaine/jour, la consommation d'alcool comporte des risques pour la santé ?	A partir de _____ verres par semaine A partir de _____ verres par jour				
10. Jugez-vous normal que votre médecin vous pose des questions au sujet de votre consommation d'alcool ?	Oui				Non
11. Pensez-vous que votre médecin généraliste connaît votre consommation actuelle d'alcool ?	Oui				Non
12. Pensez-vous que la consommation d'alcool augmente le risque de (plusieurs choix possibles) :	Dépendance à l'alcool	Cancers	Maladies cardio vasculaires	Maladies psychiatriques	Maladies neurologiques
13. Pensez-vous être suffisamment sensibilisé(e) aux risques liés à l'alcool ?	Oui				Non
14. Si vous buvez de l'alcool, pensez-vous qu'une campagne « mois sans alcool » vous aiderait à réduire votre consommation ?	Oui				Non
15. Pensez-vous qu'une consultation de prévention dédiée chez votre médecin traitant pourrait vous aider à évaluer le risque de votre consommation et / ou à réduire votre consommation ?	Oui				Non

16. Quelle autre mesure pourrait, selon vous, vous aider à évaluer le risque de votre consommation et/ou à réduire votre consommation ? (mesure gouvernementale, spot TV, affichage...)

NB : Ce questionnaire étant anonyme, toute réponse rompant l'anonymat mènera à la destruction du questionnaire qui ne sera donc pas pris en compte dans l'étude.

Annexe 7 : Lettre d'accompagnement adressée au patient

Bonjour,

Je suis médecin généraliste et dans le cadre de ma thèse d'exercice, je réalise une étude permettant d'évaluer la consommation d'alcool des patients en médecine générale.

Pour participer à cette étude il suffit de remplir le questionnaire ci-joint, cela ne vous prendra que quelques minutes !
Il s'agit d'un questionnaire anonyme, dont votre médecin ne connaîtra pas les réponses.

Dans ce questionnaire la consommation d'alcool est exprimée en verre standard. Pour vous aider, voici l'équivalence d'un verre standard :



Quand vous aurez rempli votre questionnaire, glissez-le dans l'enveloppe fournie, fermez l'enveloppe et remettez-la à votre médecin en début de consultation ou bien, dans la boîte prévue à cet effet.

Je vous remercie infiniment de votre participation.
Cordialement.

Lisa CARRIERE
Interne de médecine générale à l'Université de Poitiers

Annexe 8 : Lettre d'accompagnement adressée au médecin

Cher confrère, chère consœur,

Je vous remercie de m'accorder de votre précieux temps pour m'aider dans la réalisation de ma thèse. Elle a pour objectif principal de comparer la consommation d'alcool déclarée par le patient et celle estimée par son médecin.

Pour m'aider à réaliser cette étude merci de procéder comme ceci auprès de vos 5 premiers patients majeurs volontaires sur 2 jours de consultation :

- Faire remplir le questionnaire par le patient avant ou après sa consultation. Ce questionnaire devra être mis dans une enveloppe scellée par le patient et rendue au médecin ou remise dans la boîte prévue à cet effet.
- En parallèle, en début de consultation, remplir le questionnaire médecin dont le numéro correspond au questionnaire rempli par le patient.
- Après avoir récupéré les enveloppes de vos 10 patients glissez les dans l'enveloppe retour accompagnés des 10 questionnaires remplis par vos soins et postez-les.

En vous remerciant infiniment de votre participation.
Confraternellement.

PROTOCOLE

Les questionnaires doivent être **remplis dans les 10 jours** suivant la réception de ce courrier.

Merci de proposer le questionnaire de manière **systématique** à vos **5 premiers patients volontaires de la journée sur 2 à 3 jours de consultations** (pour un total de 10 à 15 questionnaires remplis par les patients).

Pour être inclus, les patients doivent être :

- **Majeurs.**
- **Suivis** au cabinet régulièrement et être déclarés patients médecin traitant au sein de la structure dans laquelle vous exercez.
- **Les femmes enceintes sont exclues** de cette étude.

Selon l'organisation de votre cabinet :

Si une secrétaire à l'accueil peut délivrer les documents, elle remet à chaque patient volontaire un questionnaire avec la lettre d'accompagnement et l'enveloppe correspondante. Le patient remplit alors son questionnaire en salle d'attente avant la consultation et vous le remettra dans l'enveloppe scellée en début de consultation. Vous pourrez alors remplir le questionnaire médecin correspondant avant de débiter la consultation.

Si les documents ne peuvent pas être délivrés par une secrétaire à l'accueil, remplissez d'abord le questionnaire correspondant au patient avant la consultation et remettez le questionnaire à remplir par votre patient à la fin de cette consultation. Il pourra alors le remplir et le remettre dans l'enveloppe fermée dans une boîte prévue à cet effet placée à l'accueil ou dans la salle d'attente.

Attention, les questionnaires sont appairés par numéro. Veillez à remplir le questionnaire médecin dont le numéro correspond au questionnaire patient (et inversement).

Après avoir récupéré les enveloppes de vos 10 à 15 patients, glissez les dans l'enveloppe retour accompagnées des questionnaires remplis par vos soins correspondants et postez-là. Celle-ci doit être renvoyée dans un délai de **15 jours** après avoir terminé de remplir les questionnaires.

RESUME

Introduction : La consommation d'alcool, aux conséquences médicales, sociales et économiques, reste toujours ancrée dans les pratiques culturelles françaises. Les médecins généralistes qui jouent un rôle crucial dans la prise en charge des troubles de l'usage de l'alcool semblent peu effectuer ce dépistage.

Notre étude a donc pour but d'estimer de manière objective l'évaluation de la consommation d'alcool des patients par le médecin généraliste. Secondairement, elle s'intéresse au niveau d'information du patient sur les seuils recommandés et les risques liés à l'alcool ainsi qu'aux moyens de prévention et de sensibilisation aux dangers de l'alcool.

Matériels et méthode : Nous avons choisi de réaliser une étude descriptive qui compare, à l'aide de questionnaires, la consommation d'alcool déclarée par les patients avec l'appréciation de cette consommation par le médecin généraliste, en Poitou-Charentes.

Résultats : Les résultats ont révélé que, malgré une évaluation correcte dans 71,6% des cas, la concordance entre les évaluations des médecins et les déclarations des patients était faible ($k=0,27$). Les médecins avaient tendance à sous-estimer le risque, en particulier chez les patients présentant une consommation excessive. Dans notre étude, 22,8% des patients avaient une consommation d'alcool à risque, et dans 80% des cas, ces patients n'en avaient pas conscience. Alors que les patients semblaient bien informés sur les nouveaux seuils de consommation, leur connaissance des risques de pathologies liées à l'alcool était limitée. 88% des patients trouvaient normal que les médecins abordent la question de la consommation d'alcool, mais seulement 31% pensaient que leurs médecins connaissaient leur consommation actuelle. Les mesures de prévention proposées ne remportaient pas l'adhésion chez les patients mais ces derniers exprimaient un intérêt pour des campagnes d'information et de sensibilisation ainsi que pour des mesures gouvernementales.

Conclusion : Cette étude met en évidence que l'évaluation de la consommation d'alcool par les médecins généralistes reste encore insuffisante et entraîne un sous diagnostic des consommations d'alcool à risque. Il serait utile de mener une étude à plus grande échelle impliquant un plus grand nombre de médecins généralistes et de patients pour obtenir des résultats plus représentatifs et, en parallèle, d'évaluer l'efficacité des mesures de prévention et de sensibilisation des risques liés à l'alcool.

MOTS CLEFS : consommation d'alcool - risque - patients - médecine générale - appréciation - mesures de prévention



UNIVERSITE DE POITIERS



Faculté de Médecine et de
Pharmacie

SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

