

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2018

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 16 janvier 2018 à Poitiers
par **Monsieur TAUCKOOR Luxmi**
Né le 18 Janvier 1985 à l'île Maurice

Observation de l'impact d'un auto-questionnaire sur le nombre de patients
évoquant l'alcool en médecine ambulatoire : enquête réalisée auprès de
20 médecins généralistes dans la région Poitou-Charentes.

Président du jury :

Monsieur le Professeur JAAFARI Nematollah

Membres du jury :

Madame le Professeur MIGEOT Virginie

Monsieur le Professeur BIRAULT François

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur AUBRY Philippe



Le Doyen,

Année universitaire 2017 - 2018

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 12/2017**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017**)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (en détachement)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy (disponibilité d'octobre à janvier)

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- LOVELL Brenda Lee, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (émérite à/c du 25/11/2017 – jusqu'au 11/2020)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2018)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- 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
- BECCO-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
- CASTETS Monique, 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, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- 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
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A Monsieur le Professeur JAAFARI Nematollah,

Merci d'avoir accepté de présider cette thèse et de m'avoir guidé dès le début dans l'orientation de mes travaux. Veuillez trouver ici le témoignage de ma plus respectueuse reconnaissance.

A Madame le Professeur MIGEOT Virginie,

Pour avoir accepté de juger ce travail, soyez assurée de mes remerciements les plus sincères.

Je tiens aussi à remercier votre équipe, tout particulièrement Madame ALEM Lucie et le Dr FAUCHIER Thomas, pour leur implication.

A Monsieur le Professeur BIRAULT François,

Je vous remercie d'avoir accepté d'être jury de cette thèse.

Je suis très honoré que vous ayez bien voulu apporter votre expertise à ce travail.

Au DR AUBRY Philippe,

Pour votre soutien dans la direction de ce travail de thèse, pour votre disponibilité et votre patience. Je vous remercie aussi pour tout ce que vous m'avez enseigné lors de mon stage au Relais Charbonnier, mais aussi pour votre aide au-delà du cadre professionnel. Recevez ici toute ma gratitude et mon profond respect.

A tous les médecins et leurs secrétaires ayant participé à ce travail,

Merci pour le temps que vous m'avez accordé.

Je tiens à dédier ce travail à mes parents pour leur soutien et amour inconditionnels malgré la distance qui nous sépare. Je les remercie pour m’ avoir permis d’ être ce que je suis.

Je remercie aussi mon grand frère (Bhaï) et je lui souhaite de s’ épanouir dans la voie qu’ il a choisie.

A ma chère Aurélie, pour ton aide si précieuse dans l’ élaboration de cette thèse qui aurait eu du mal à prendre forme sans toi. Merci d’ être au quotidien ce que tu es pour moi, mon amour.

A Fardeen, un compagnon de route de médecine, qui au fil de ces années, est devenu plus qu’ un ami. Je tiens à te remercier pour tous ces moments passés ensemble et j’ espère que notre amitié ne cessera de grandir. A toi et à Coraline, je vous souhaite que du bonheur.

A Rajiv et Mannick, mes compères et compatriotes, pour m’ avoir supporté pendant tous ces années et j’ espère que vous le continuerez dans l’ avenir.

A mes amis Ali, Julien, Tristan, Paul, Elsa, Claire et Cédric pour les moments passés ensemble.

A l’ équipe du Relais Georges Charbonnier, Elise, Geneviève, Karine et Martine.

A toutes les personnes dont j’ ai croisé la route pendant mes études, et qui ont contribué à faire de moi la personne et le médecin que je suis aujourd’ hui...

Sommaire

Liste des abréviations :	- 8 -
Introduction	- 9 -
1. Alcool et DSM-5 :.....	- 11 -
2. Alcool et médecine générale :.....	- 13 -
- Dépistage du trouble de l'usage de l'alcool :.....	- 14 -
3. L'addictologie dans la région Poitou-Charentes :.....	- 16 -
3.1. Quelques données démographiques :	- 16 -
3.2. Les données épidémiologiques :.....	- 16 -
3.3. La mortalité liée à l'alcool :.....	- 18 -
3.4. La filière de soins en addictologie dans la région [Annexe 2] :.....	- 19 -
Matériels et méthodes	- 22 -
1. Les objectifs :.....	- 23 -
1.1. Objectif principal :.....	- 23 -
1.2. Objectif secondaire :.....	- 23 -
2. Description de l'étude :.....	- 23 -
2.1. Instruments d'évaluation [Annexe 3] :	- 23 -
2.1.1. Questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) [Annexe 4]:-	23 -
2.1.2. Test CAGE (Cut down, Annoyed, Guilty, and Eye-opener) [Annexe 5]:	- 24 -
2.2. Critères d'évaluation :	- 24 -
2.2.1. Critère d'évaluation principal.....	- 24 -
2.2.2. Critère d'évaluation secondaire.....	- 25 -
2.3. Description de la méthodologie de l'étude	- 25 -
- Type et durée de l'étude	- 25 -
2.4. Population de l'étude	- 25 -
2.4.1. Critères d'inclusion	- 25 -
2.4.2. Critères de non inclusion.....	- 25 -
2.5. Déroulement de l'étude	- 25 -
2.5.1. Modalités de recrutement des médecins généralistes.....	- 25 -
2.5.2. Modalités de l'étude	- 26 -
2.5.3. Disposition des questionnaires	- 26 -
Analyse Statistique	- 26 -
Résultats	- 27 -
1. Caractéristiques des médecins généralistes et population :	- 27 -

2.	Impact de l'auto-questionnaire sur l'évocation de la consommation d'alcool :	- 28 -
3.	Analyse des auto-questionnaires :	- 29 -
3.1.	Taux de patients avec trouble de l'usage de l'alcool par cabinet :	- 33 -
3.2.	Taux de patients avec alcoolodépendance par cabinet :	- 35 -
3.3.	Nombre de patients avec trouble de l'usage d'alcool et alcoolodépendance par rapport au nombre de sujets ayant évoqué leur consommation d'alcool :	- 37 -
3.4.	Relation entre alcoolodépendance et réponse à la Q8 chez les patients avec un trouble de l'usage de l'alcool :	- 38 -
	Discussion	- 39 -
	Bibliographie :	- 47 -
	Annexes	- 52 -

Liste des abréviations :

AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test

CAGE: Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener

CNCI: Centre National des Concours d'Internat

CNOM: Conseil National de l'Ordre des Médecins

CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DETA: Diminuer, Entourage, Trop, Alcool

DREES: Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux

ELSA : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie

FACE : Formule pour Apprécier la Consommation en Entretien

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INPES : Institut National de Prévention et d'éducation pour la Santé

MG : Médecin Généraliste

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoire Régional de la Santé

RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève

SFMG : Société Française de Médecine Générale

SSR : Soins de Suite et Réadaptation

TUS : Trouble de l'Usage de Substance

Introduction

La consommation d'alcool est une composante culturelle importante en France malgré son enjeu de santé publique. L'alcool est la substance psycho active la plus consommée en France même si on note une diminution progressive depuis des décennies [1]. D'après un rapport mondial sur l'alcool et la santé publié par l'OMS en 2014, la consommation annuelle d'alcool pur est passée de 26 litres à 12 litres sur une période s'étalant de 1960 à 2010 [2]. Selon ce même rapport, en 2012 l'alcool a été à l'origine de 3,3 millions de décès dans le monde et a été responsable du développement de plus de 200 maladies, dont la cirrhose du foie et certains cancers. Malgré une tendance à la diminution, l'Europe reste la première région du monde consommatrice d'alcool.

La mortalité directement ou indirectement imputable à l'alcool en France, est estimée à 49 000 morts par an chez les adultes, ce qui correspond à 13% de la mortalité annuelle [3]. Tous âges confondus, il y a environ 31% de mortalité par cancer, 25% par maladie cardiovasculaire, 17 % par accidents ou suicides, 16 % par maladie digestive et 11 % pour d'autres causes [Annexe 1].

La consommation excessive d'alcool serait l'une des principales causes d'hospitalisation. Une étude récente a évalué qu'en 2012 elle aurait induit plus de 580 000 hospitalisations dans les services de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, 2 700 000 journées en psychiatrie (10,4% du total) et 2 000 000 journées en soins de suite et réadaptation (SSR) (5,6% du total) [4]. Tout ceci serait à l'origine de 3,6% de l'ensemble des dépenses hospitalières en 2012.

Au-delà du problème médical qu'il représente en termes de morbidité et de mortalité, l'alcool impacte lourdement la société dans son ensemble : accidents de la route ou de la vie courante, accidents du travail, mais aussi absentéisme par arrêts répétés ou de longue durée, agressions physiques et sexuelles, violences conjugales et domestiques, nuisance au développement de l'enfant (syndrome d'alcoolisation fœtale, négligence parentale) et incivilités.

Selon un rapport de l'OFDT en 2015, l'estimation du coût social de l'alcool et du tabac a été évaluée respectivement à 120 milliards d'euros par an [5].

L'alcool est aussi la deuxième cause de mortalité évitable après le tabac au niveau national et international.

Tout ceci nous mène à dire que face à ce fléau de grande envergure, sur le plan médical, social et sociétal, une meilleure prise en charge par les professionnels de santé semble être fondamentale.

Justification de l'étude

1. Alcool et DSM-5 :

Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), publié en 2013, a apporté une révision de fond concernant les « troubles liés à une substance addictive ». Désormais les termes d'abus ou de dépendance du DSM-IV sont combinés en un seul diagnostic de trouble lié à l'utilisation d'une substance (TUS).

Le TUS se définit par l'existence au cours d'une période de 12 mois d'au moins deux des onze critères suivants :

1. Substance souvent consommée en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
2. Existence d'un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation du produit.
3. Beaucoup de temps passé à des activités nécessaires pour obtenir et utiliser le produit.
4. Craving ou envie intense de consommer le produit.
5. Utilisation répétée du produit conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.
6. Utilisation du produit malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du produit.
7. Abandon ou réduction des activités sociales, occupationnelles ou récréatives à cause de l'utilisation du produit.
8. Utilisation répétée du produit dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
9. Poursuite de la consommation du produit bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance.
10. Tolérance au produit qui est définie par l'un des deux critères suivants : le besoin manifeste d'augmenter les quantités d'alcool pour obtenir un état d'intoxication ou l'effet désiré ; ou une diminution manifeste de l'effet produit en cas d'usage continu de la même quantité du produit.
11. Sevrage caractérisé par la manifestation du syndrome de sevrage ou la prise d'un produit pour soulager ou éviter les symptômes d'un sevrage.

La sévérité des troubles liés à la consommation d'une substance est fonction du nombre de critères symptomatiques présents (sur les 11) :

- trouble léger : défini par la présence de 2 ou 3 symptômes
- trouble moyen : défini par la présence de 4 ou 5 symptômes
- trouble grave : défini par la présence de 6 symptômes ou plus.

En abandonnant les termes d'abus, dépendance et usage nocif à une substance psycho active, on passe d'une approche catégorielle à une approche plus dimensionnelle de la pathologie. Désormais il y a un continuum des degrés de sévérité et on évite de stigmatiser les patients en les mettant dans des cases. La sortie de la dichotomie abus/dépendance permet ainsi un repérage plus précoce et plus personnalisé des consommations problématiques.

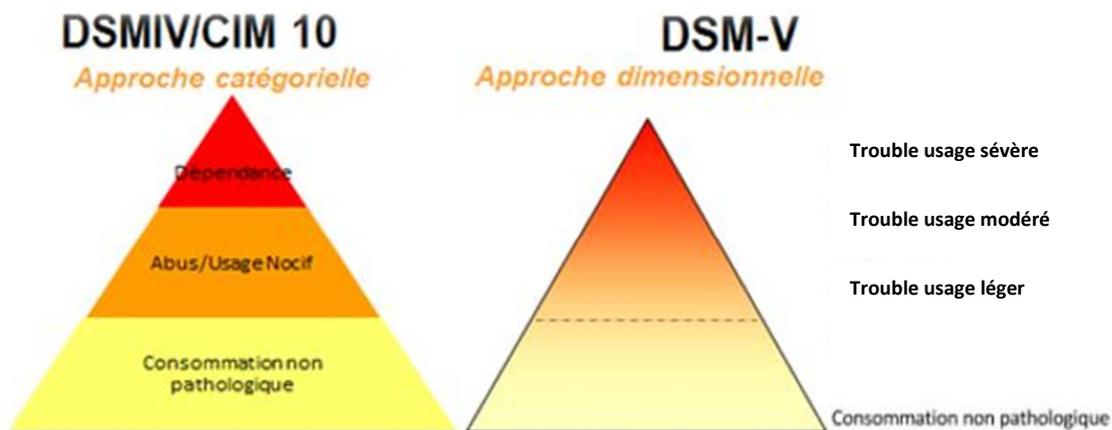


Figure 1 : Approche catégorielle versus approche dimensionnelle

Source : Addictions données générales INRS 2017

Le schéma ci-dessus illustre le passage d'une classification en catégories d'usage (abus/usage nocif et dépendance) à une classification par gravité progressive (de légère, modérée à sévère).

2. Alcool et médecine générale :

Chaque médecin généraliste (MG) est un professionnel de santé de première ligne très proche du quotidien des personnes qui le consultent. Cette position de premier recours dans le système de soins le situe, avec l'ensemble de ses confrères, comme un « acteur de santé publique » essentiel. Il doit gérer l'articulation entre les deux dimensions de la pratique médicale : celle du patient et de son intimité et celle de la santé publique et de ses normes à respecter.

Selon le baromètre de L'INPES en 2010, le généraliste demeure le professionnel de santé le plus consulté puisque près de 80% des adultes l'ont sollicité au moins une fois dans l'année. Quant aux personnes ayant une consommation d'alcool excessive, celles-ci l'ont consulté encore plus souvent [6]. Le nombre de personnes en difficulté avec l'alcool, en France, reste considérable avec un taux de 18% des consultations en médecine de ville, soit près d'un patient adulte sur cinq [7]. L'OMS, dans un programme repris en France sous le titre « *Boire moins, c'est mieux* », a ainsi proposé comme rôle essentiel au généraliste, de repérer les mésusages de l'alcool en amont des complications.

En effet, par sa position d'acteur de soins primaires et de sa proximité avec les patients, le généraliste a un rôle clé dans la prévention, le dépistage et la prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool. Longtemps centrée sur les complications somatiques et l'alcoolodépendance, l'approche médicale se situe maintenant beaucoup plus tôt, avec le repérage des conduites à risque [8].

Par ailleurs, nous constatons une inégalité entre le repérage et la prise en charge des consommateurs des différentes substances psychoactives en médecine générale. La Société Française de Médecine Générale (SFMG) a montré une multiplication par deux en 5 ans de la prise en charge de l'addiction au tabac et une augmentation de 50% en 5 ans de la prise en charge de la toxicomanie (héroïne). Cependant, la prise en charge de l'addiction à l'alcool stagne aux alentours de 1% depuis 1998 comme nous le montrent les figures suivantes sur l'évolution annuelle de la prise en charge de ces 3 addictions [9].

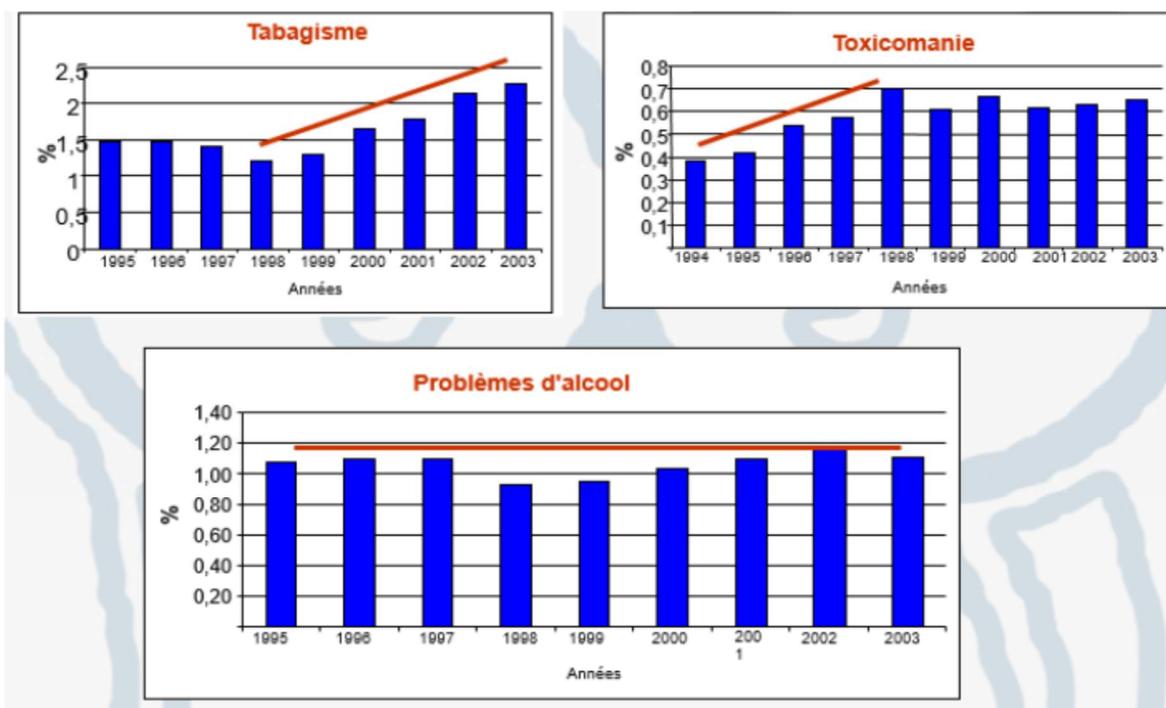


Figure 2
Evolution sur 10 ans de la prise en charge de 3 addictions.
Source : Observatoire de Médecine Générale 2005.

- Dépistage du trouble de l'usage de l'alcool :

En pratiquant une intervention dite « Repérage Précoce et Intervention Brève (RPIB) », les médecins généralistes ont l'opportunité de détecter et d'informer leurs patients des risques liés à leur consommation d'alcool et d'entreprendre une prise en charge adaptée. Le RPIB est un outil connu pour avoir un bon rapport coût/efficacité dans la lutte contre les problèmes de santé.

Plusieurs questionnaires validés existent à ce jour pour permettre aux médecins généralistes de procéder au repérage précoce des consommations excessives d'alcool, par exemple :

- 1) L'AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test),
- 2) Le CAGE (Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener) ou sa version française le DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool),
- 3) Le FACE (Formule pour Apprécier la Consommation en Entretien).

En France, d'après les recommandations de l'INPES, les médecins généralistes devraient réaliser une intervention brève pour chaque patient repéré comme consommateur d'alcool à risque [10]. Ces interventions brèves en alcoologie ont prouvé leur efficacité dans de multiples études notamment en Angleterre [11] [12] [13]. Pour s'assurer de l'efficacité de l'intervention brève, le résultat du test de repérage est restitué au patient avec délivrance d'un conseil sur la réduction de sa consommation.

Une technique d'intervention brève a été développée par le psychologue américain WR Miller sous l'acronyme *FRAMES* [14] :

- **Feed-back** : évaluation des risques encourus causés par l'addiction communiquée au patient ;
- **Responsability** : la responsabilité du changement de comportement appartient exclusivement au patient, et surtout pas au thérapeute ;
- **Advice** : un conseil de modération est clairement donné au patient ;
- **Menu of change** : un choix ou menu offrant différentes options relatives à la quantité, au délai et au rythme de la consommation d'alcool est donné au patient ;
- **Empathy** : le professionnel de santé veillera à conseiller et accompagner le patient en montrant de l'empathie ;
- **Self-efficacy** : le patient doit être conforté dans sa capacité à réussir lui-même le changement.

Malgré tous ces outils, le repérage précoce se heurte aux réticences des médecins généralistes à évoquer le sujet de l'alcool [15]. D'après le Baromètre santé 2009, 70% des médecins déclarent n'aborder la question de l'alcool que pour certains patients jugés « à risque » et seuls 13 % ont recours à des questionnaires standardisés de consommation. Ceci est insuffisant pour un repérage optimal et pose clairement un obstacle à la prise en charge des patients.

La mobilisation des médecins généralistes sur le dépistage est souvent considérée comme le « maillon faible » de la politique sanitaire sur l'alcool. Selon un rapport de la Cour des comptes, publié en juin 2016, sur les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool, la prise en charge des patients présentant des consommations excessives et des

pathologies liées à l'alcool pâtit de la faible implication de la médecine générale. Deux tiers des médecins généralistes ne connaissent pas le dispositif de repérage précoce issu des bonnes pratiques et seulement 2% le réalisent de manière formalisée.

Il est donc de notre devoir en tant que praticiens de repérer efficacement et au plus tôt les patients ayant un trouble de l'usage d'alcool afin de les mettre en garde contre les risques éventuels.

3. L'addictologie dans la région Poitou-Charentes :

3.1. Quelques données démographiques :

Selon les chiffres de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques), au 1^{er} janvier 2012, la population de la région Poitou-Charentes comptait 1 783 991 habitants soit 2.8% de la population de la France métropolitaine [16].

La région Poitou-Charentes est l'une des deux régions les plus rurales de France avec le Limousin : seulement 55 % des habitants de ces deux régions résident dans une zone urbaine alors que ce taux atteint 73 % en moyenne en province.

En 2016, les données de l'atlas régional de démographie médicale du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), comptabilisaient 1718 médecins généralistes, soit environ 1000 patients pour 1 MG. Les MG avaient une moyenne d'âge de 52 ans et étaient représentés à 54% par les hommes.

3.2. Les données épidémiologiques :

L'INPES a réalisé des comparaisons entre les données régionales et nationales dans son atlas des usages de substances psychoactives en 2010 [17]. On notait ainsi que chez les habitants âgés de 15 à 75 ans de la région de Poitou-Charentes, la consommation quotidienne d'alcool était à 11.3% contre une moyenne nationale à 11%. Les habitants avaient une tendance plus importante envers la consommation hebdomadaire d'alcool fort dans la région qu'en France : 19,6 % contre 15,7 %. Les personnes souffrant de trouble d'usage d'alcool étaient évaluées à 9.1%, soit de 0.2% de plus que la moyenne nationale.

Quant aux jeunes consommateurs, on peut noter depuis quelques années l'apparition d'une nouvelle mode d'acoolisation appelée le « *binge drinking* » (Alcoolisation ponctuelle importante ou API en français). Il est défini par la consommation de plus de cinq verres d'alcool en une occasion. C'est un phénomène d'alcoolisation très répandu et particulièrement dommageable pour la santé.

Selon l'INPES et les données du Baromètre santé 2010, les épisodes de consommation ponctuelle importante ont augmenté depuis 2005 chez les 18-75 ans et surtout chez les plus jeunes (18-25 ans). L'augmentation a été particulièrement forte chez les jeunes femmes de cette tranche d'âge, même si cette pratique reste chez elles encore bien moins fréquente que chez les hommes [18].

Tableau 1 : *Evolution de la fréquence des Consommations Ponctuelles Importantes: entre 2005 et 2010 en France, parmi les 18-75 ans et les 18-25 ans (%)*

	2005	2010	Test significativité
18-75 ans	34,0	36,7	<0,001
18-25 ans	44,4	53,2	<0,001

Sources : Baromètre santé 2010(9)

Exploitation : INPES

Dans la région, plus d'un tiers des 15-85 ans déclare avoir bu plus de cinq verres d'alcool en une même occasion au cours des 12 derniers mois. Pour 20 % d'entre eux, cet usage a eu lieu moins d'une fois par mois, et pour 3 %, au moins une fois par semaine.

3.4. La filière de soins en addictologie dans la région [Annexe 2] :

L'étendue de l'offre de la prise en charge des addictions dans la région compte quelques dizaines de structures réparties dans plusieurs départements. On remarque une répartition très hétérogène de ces structures avec une organisation plutôt dans des zones périurbaines.

Les principaux objectifs sont :

- l'accès aux soins pour les patients ayant une ou plusieurs addictions,
- la coordination des intervenants et des professionnels de santé,
- la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charges sanitaires et sociales.
- améliorer l'évaluation des prises en charge afin de garantir la qualité des prestations.

a) Les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) :

Les CSAPA sont des établissements médico-sociaux, disposant d'une équipe pluridisciplinaire (médecins généralistes, psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux...) qui assurent une prise en charge de proximité des addictions. Au total on comptabilise une dizaine de CSAPA dans la région.

Ils ont été créés en 2007 par les pouvoirs publics pour être les structures de référence de la prise en charge médico-sociale des addictions. Ils résultent de la fusion des CSST (Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes) dédiés à la prise en charge des addictions aux substances illicites et des CCAA (Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie, dédiés à l'alcoolodépendance)

Tous les CSAPA sont dans l'obligation d'assurer l'accueil, l'information, l'évaluation clinique et l'orientation de toute personne dépendante aux substances psychoactives.

b) Les structures hospitalières :

Le dispositif addictologique hospitalier est gradué en trois niveaux :

- **Niveau 1** ; comprend une consultation hospitalière d'addictologie sans hébergement qui regroupe notamment les consultations de tabacologie, d'alcoolologie, de toxicomanie et d'addiction sans substance. Il y a aussi une équipe hospitalière de liaison entre les différents services qui accueille les usagers de drogue aux urgences.
- **Niveau 2** ; constitué des services d'hospitalisation bénéficiant de personnels formés à l'addictologie et proposant des prises en charge spécifiques. Ils accueillent des patients dont l'état de santé nécessite une prise en charge spécialisée en hospitalisation. Ils proposent, en complément de la consultation et de l'équipe de liaison du niveau 1, un hôpital de jour, des hospitalisations complètes pour sevrage simple (séjour d'environ 7 jours) ou complexe (séjour prolongé).
- **Niveau 3** ; constitué des pôles hospitalo-universitaires d'addictologie. Il est destiné à mener des recherches et à coordonner l'enseignement.

c) Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) :

L'ELSA intervient dans les différents services de l'hôpital pour prendre en charge les problématiques addictives des patients hospitalisés et en soutien des équipes des Services d'accueil des urgences. Il fait partie du niveau 1 du dispositif addictologique en structure hospitalière.

Ses missions consistent à les informer sur les produits et les risques de leurs comportements, à les aider à prendre conscience des risques potentiels ou avérés de leurs conduites, et à les orienter vers les structures ambulatoires ou résidentielles de soins en addictologie. L'ELSA forme également les équipes soignantes afin de mieux prendre en charge les patients hospitalisés présentant des pratiques addictives.

Les centres hospitaliers dotés d'une ELSA sont ceux de Niort, Rochefort, La Rochelle, Angoulême et St Jean D'Angély.

d) Les CJC : Consultations Jeunes Consommateurs :

Depuis 2005, un réseau de consultations spécifiques a été mis en place dans l'ensemble des départements. Gratuites et anonymes, elles sont destinées aux jeunes consommateurs de substances psychoactives (cannabis, alcool, drogues de synthèse, cocaïne, polyconsommation). Ces consultations sont rattachées à des structures médico-sociales (CSAPA) et sont composées de professionnels formés aux spécificités de l'approche des jeunes (médecins, psychologues, éducateurs).

Ils proposent une évaluation de la situation de chacun, répondent aux interrogations et peuvent aider à réduire ou à arrêter sa consommation. Elles peuvent également accueillir les familles, sans leur enfant, afin de les conseiller et de les aider à trouver une démarche pouvant inciter leur enfant à dialoguer ou à consulter.

e) Le réseau Addiction Poitou-Charentes « R.A.P » : [19] [20]

Le travail en réseau permet d'accompagner le patient sur le long terme, au cours des différentes étapes de sa prise en charge (pré et post-cure, sevrage hospitalier et relais par médecine de ville) et d'intervenir sur tous les domaines en relation avec l'addiction.

Le R.A.P a été créé le 1^{er} mars 2013, avec pour objectif principal d'assurer le suivi des patients concernés par l'alcool et les drogues illicites sur l'ensemble du territoire géographique de la région.

Le R.A.P répond aux objectifs fixés par le plan de prise en charge et de prévention des addictions fixé par la Direction Générale de la Santé entre 2007 et 2011 :

- 1) Restructurer l'offre de soins, placer le patient au cœur du dispositif en apportant une réponse à la fois médicale et médico-sociale (consultations d'addictologie, équipes hospitalières de liaison, pôle d'addiction dans les CHU) ;
- 2) Assurer la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charges sanitaires et sociales;
- 3) Promouvoir la formation des professionnels de santé et améliorer la recherche scientifique en addictologie.

On compte parmi les adhérents au réseau RAP : 130 médecins généralistes, 10 médecins hospitaliers, 45 psychologues, 8 psychiatres, 36 pharmaciens, 2 dentistes, 2 sophrologues répartis dans toute la région. Les patients intégrant ce réseau bénéficient d'un regard pluri-professionnel et collaboratif de leur dossier (médecins spécialistes ou généralistes libéraux,

psychologues et pharmaciens). Le suivi sur dossiers informatisés permet un contrôle régulier tout le long de la prise en charge.

De multiples dispositions médicales et recommandations ont donc été élaborées pour guider les médecins dans l'accompagnement de leurs patients en difficulté avec l'alcool. Cependant nous constatons que le nombre des patients ayant un problème avec l'alcool pris en charge médicalement est bien inférieur au nombre de patients souffrant d'un trouble de l'usage de l'alcool. Dans ce cadre, on peut envisager que les patients en parlent peu à leurs médecins ou que les médecins ne s'y intéressent pas assez, ou les deux.

Nous avons ainsi décidé de réaliser une étude afin d'observer si la mise en place d'un auto-questionnaire anonyme, dans la salle d'attente, aurait un impact sur le nombre de patients évoquant leur consommation d'alcool auprès de leurs médecins généralistes.

Matériels et méthodes

1. Les objectifs :

1.1. Objectif principal :

Savoir si la mise en place d'un auto-questionnaire en salle d'attente d'un cabinet de MG impacte le nombre de patients qui évoquent leur consommation d'alcool.

1.2. Objectif secondaire :

Savoir si la mise en place de cet auto-questionnaire renforce le souhait des patients, qui ont un trouble de l'usage de l'alcool, d'évoquer leur consommation d'alcool auprès de leur MG.

2. Description de l'étude :

2.1. Instruments d'évaluation [Annexe 3] :

L'outil utilisé était un auto-questionnaire anonyme associant les questions des tests AUDIT-C et CAGE.

Il comportait 8 questions au total. Les 3 premières étaient celles de l'AUDIT-C et les 4 suivantes étaient celles du Test CAGE. Le questionnaire se terminait par la question n°8 : « *Souhaiteriez-vous parler de ce problème à votre médecin traitant si vous vous considérez comme un consommateur à risque ?* ».

2.1.1. Questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) [Annexe 4]:

Le questionnaire AUDIT a été mis au point par l'OMS pour déterminer si une personne présente un trouble de l'usage de l'alcool. Il comporte 10 questions couvrant les trois modalités

de consommation d'alcool soit à risque, nocive et alcoolodépendance. Il tient compte de la consommation d'alcool pendant les 12 derniers mois.

Le questionnaire de l'AUDIT-C n'inclut que les 3 premières questions de l'AUDIT. D'après les recommandations de l'INPES [21], l'utilisation de l'AUDIT-C est la méthode privilégiée pour repérer les consommations dangereuses ou problématiques d'alcool en médecine générale.

Les patients obtenant un score ≥ 5 chez l'homme et ≥ 4 chez la femme ou dont la consommation d'alcool est ≥ 210 g par semaine pour l'homme et ≥ 140 g pour la femme (un verre standard d'alcool = 10 g d'alcool pur) devraient bénéficier d'une intervention brève.

2.1.2. Test CAGE (Cut down, Annoyed, Guilty, and Eye-opener) [Annexe 5]:

Le Test CAGE a été décrit en 1974 par Dr Demmie Mayfield, un psychiatre américain [22], et diffusé plus largement en 1984 par Dr John Ewing [23]. Il se compose de 4 questions faciles à mémoriser et à intégrer dans un entretien de médecine générale. Si le patient répond 'OUI' à 2 questions ou plus, le test est considéré comme positif. Un test à zéro point a une bonne valeur prédictive négative.

La spécificité pour les patients alcoolodépendants est de 95 % dans la population générale et dans celle consultant chez les généralistes. En revanche, sa sensibilité dans le repérage des consommateurs à risque est mal connue, car les populations ciblées dans les études incluant ce questionnaire correspondent à des catégories de consommateurs d'alcool pas toujours clairement décrites par les auteurs. Le test est surtout considéré comme un outil de dépistage et non de diagnostic car il ne comporte que des questions qualitatives.

A noter qu'il existe une version française du questionnaire CAGE depuis 1989 appelée DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool).

2.2. Critères d'évaluation :

2.2.1. Critère d'évaluation principal

Le nombre de patients évoquant leur trouble de l'usage d'alcool après avoir pris connaissance de l'auto-questionnaire. Ce critère est évalué par les médecins généralistes.

2.2.2. Critère d'évaluation secondaire

Le nombre de patients avec un Audit-c et Test CAGE positifs associés à la réponse « oui » à la question 8 de l'auto questionnaire.

2.3. Description de la méthodologie de l'étude

- Type et durée de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale et multicentrique, réalisée auprès de 20 médecins généralistes de la région Poitou-Charentes.

L'étude s'est déroulée sur une durée de 10 mois s'étalant de novembre 2015 à août 2016.

2.4. Population de l'étude

2.4.1. Critères d'inclusion

L'étude ne concernait que les adultes, hommes ou femmes, consultant leurs MG.

2.4.2. Critères de non inclusion

Patients connus par les MG pour un problème lié à la consommation d'alcool.

2.5. Déroulement de l'étude

2.5.1. Modalités de recrutement des médecins généralistes

Nous avons contacté les MG par téléphone en utilisant l'annuaire téléphonique. Aucun parmi eux n'avait une formation en alcoologie et ils exerçaient tous dans des cabinets en collaboration avec d'autres MG.

2.5.2. Modalités de l'étude

L'étude a comporté 2 phases :

➤ Première phase :

Nous avons demandé aux MG de comptabiliser le nombre de patients qui ont parlé de leur consommation d'alcool lors des consultations pendant une durée d'un mois. Cette initiative devait venir des patients eux-mêmes sans aucune influence des médecins.

➤ Deuxième phase :

Nous avons ensuite déposé les auto-questionnaires dans les salles d'attente de chaque MG et ces derniers ont continué à comptabiliser pendant le mois suivant le nombre de patients évoquant le sujet d'alcool lors des consultations.

2.5.3. Disposition des questionnaires

Dans la salle d'attente de chaque médecin, les patients pouvaient se procurer les questionnaires disponibles dans des boîtes. Sur celles-ci était mentionnée l'inscription suivante : « **Questionnaires de thèse de médecine générale à remplir par les patients adultes et à déposer dans l'urne mise à votre disposition** ». Aucun lien avec l'alcool n'était mentionné pour éviter toute réticence chez les patients. A côté de chaque boîte, il y avait une urne en carton pour glisser les questionnaires une fois remplis.

Lors de la première phase, les médecins n'ont pas été tenus au courant de la mise en place des auto-questionnaires dans un second temps. Le but était d'éviter tout biais de recrutement ou de changement de comportement de la part des MG.

Au total la durée de recueil des données, pour chaque médecin, a été de 2 mois.

Analyse Statistique

La saisie des données des questionnaires et des informations d'inclusion a fait l'objet d'une saisie régulière sur une base de données sur le logiciel Microsoft Office Excel.

L'exploitation statistique des données a été réalisée avec le logiciel d'analyse SAS 9.4. Les analyses comparatives des variables qualitatives ont été effectuées par le test Khi-2 et le test exact de Fisher.

Le seuil de significativité (p) retenu pour l'ensemble des analyses statistiques était de 0,05.

Résultats

1. Caractéristiques des médecins généralistes et population :

Sur les 45 cabinets de médecins généralistes contactés, 7 ont accepté de participer à notre étude. Nous avons donc 20 MG sur un total de 125 MG qui ont accepté de collaborer à l'étude soit un taux de participation de 16%. Parmi eux la moitié exerçait en zone rurale et l'autre moitié en zone urbaine et trois-quarts des médecins étaient des hommes.

Tableau 3 : *Nombre de médecins généralistes par cabinet*

Cabinets	Situation géographique	Nombre de médecins généralistes
1	Vivonne	1
2	St Benoit	2
3	Aslonnes	3
4	Poitiers	4
5	Lussac Les Châteaux	2
6	Niort	4
7	Couhé	4

Dans le cabinet de Vivonne, nous avons pu recueillir l'avis favorable d'un seul MG sur trois pour la réalisation de l'étude.

La population concernée était la patientèle de médecine générale de ces 20 MG, adultes, sans consommation problématique d'alcool connue.

2. Impact de l'auto-questionnaire sur l'évocation de la consommation d'alcool :

Nous avons retrouvé un total de 33 patients ayant parlé de leur consommation d'alcool sur la durée des 2 mois, soit une moyenne de 1.65 patient par MG. Entre le premier et le

deuxième mois de l'étude, on a remarqué qu'après la distribution des auto-questionnaires, le nombre de patients évoquant leur consommation d'alcool est passé de 17 à 16 patients. Après analyse statistique utilisant le test de Friedman nous avons retrouvé un T-value à 1, c'est-à-dire une absence de différence significative.

Ceci démontre l'absence d'impact des auto-questionnaires sur notre critère d'évaluation principal. Il n'y a pas eu plus ou moins de patients qui ont évoqué leur consommation d'alcool après la mise en place des auto-questionnaires dans la salle d'attente.

Tableau 4 : *Nombre de patients évoquant leur consommation d'alcool avant/après questionnaire*

N°	Cabinets	Nombre de patients	
		Avant	Après
1	Vivonne	0	1
2	Saint Benoît	1	1
3	Aslonnes	1	1
4	Poitiers	3	3
5	Lussac les Châteaux	3	4
6	Niort	5	4
7	Couhé	4	2
	Totaux	17	16

3. Analyse des auto-questionnaires :

Au terme de l'étude, un total de 598 questionnaires a été recueilli sur les 800 mis à la disposition des patients, soit un taux de réponses de 74,8%. Un seul questionnaire n'a pas été

inclus dans les analyses de données car n'a pas été rempli correctement. Sur les 597 questionnaires inclus, 285 provenaient d'une zone rurale et 312 d'une zone urbaine.

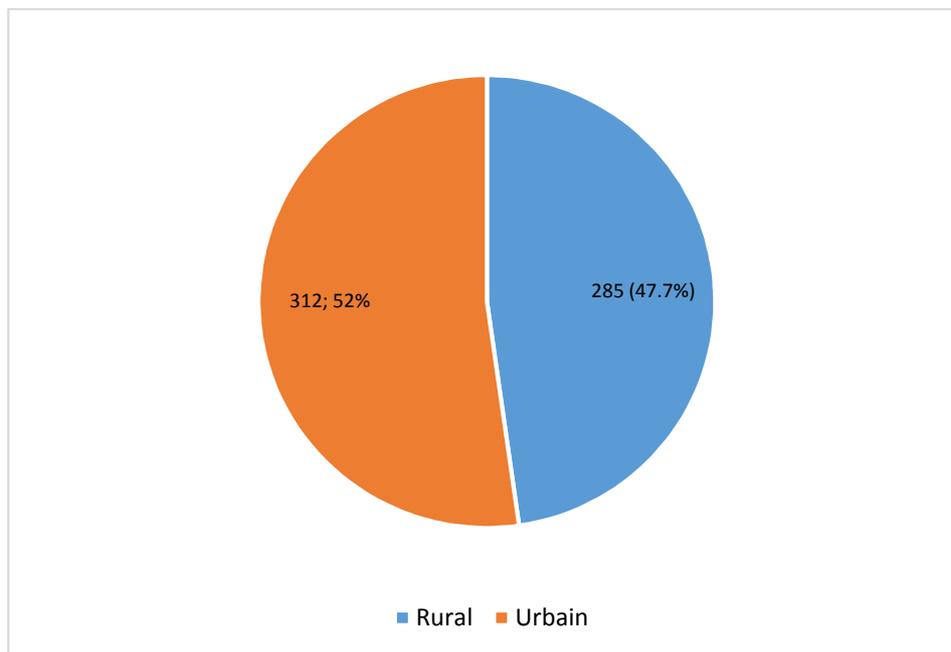


Figure 3 : Répartition des questionnaires

En moyenne, il y a donc 85,3 questionnaires remplis par cabinet. Nous pouvons constater un nombre élevé de questionnaires dans le cabinet numéro 6 avec un taux de 30,3%

et une sous-représentation dans le cabinet numéro 1 avec un taux de 7,4%. Cette différence pourrait s'expliquer par une activité plus importante dans le cabinet de Niort.

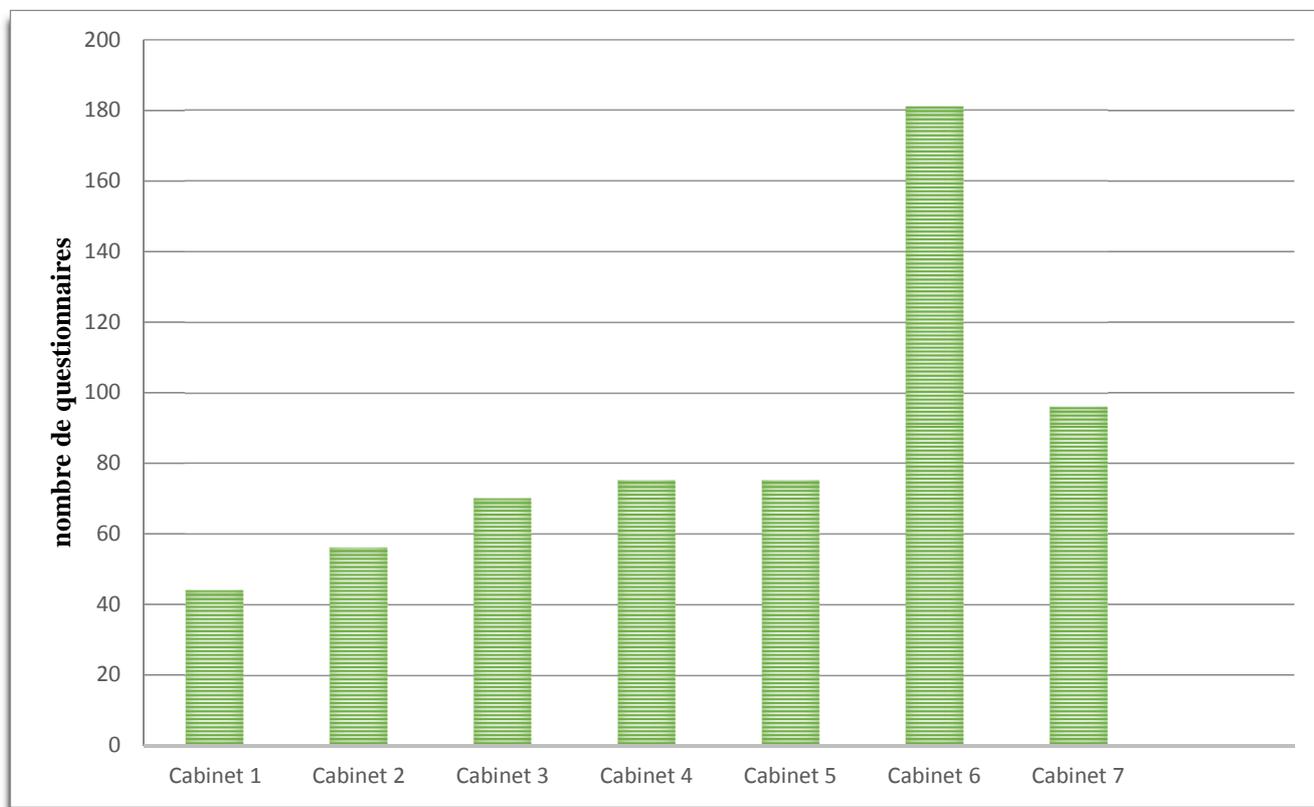


Figure 4 : Répartition des questionnaires par cabinet

Tableau 5 : Résultats des questionnaires par cabinet

Cabinets	AUDIT-C		CAGE		Question 8	
	Audit-c – score inférieur ou égal à 4	Audit-c + score supérieur à 4	Négatif	Positif	« Je souhaite parler de l'alcool »	« Je ne souhaite pas parler de l'alcool »
C1	36	8	39	5	6	38
C2	40	16	50	6	3	53
C3	54	16	61	9	15	55
C4	65	10	66	9	12	63
C5	63	12	67	8	11	64
C6	150	31	161	20	31	150
C7	74	22	89	7	22	74
Total	482	115	533	64	100	497

Le tableau 5 représente les résultats globaux après analyse des 597 questionnaires. Nous avons obtenu 19,3% (n= 115) d'Audit-c positifs, 10,7% (n=64) de Cage positifs, 83,2% (n=497) de « non » et 16,7% (n=100) de réponses « oui » à la question 8. Ce dernier est surévalué car toutes les réponses « oui » à la question 8 regroupent les Audit-c positifs et Audit-c négatifs. Hors les réponses positives à la question 8 qui nous intéressent ne concernent que les patients avec un trouble de l'usage d'alcool donc un score Audit-c positif.

3.1. Taux de patients avec trouble de l'usage de l'alcool par cabinet :

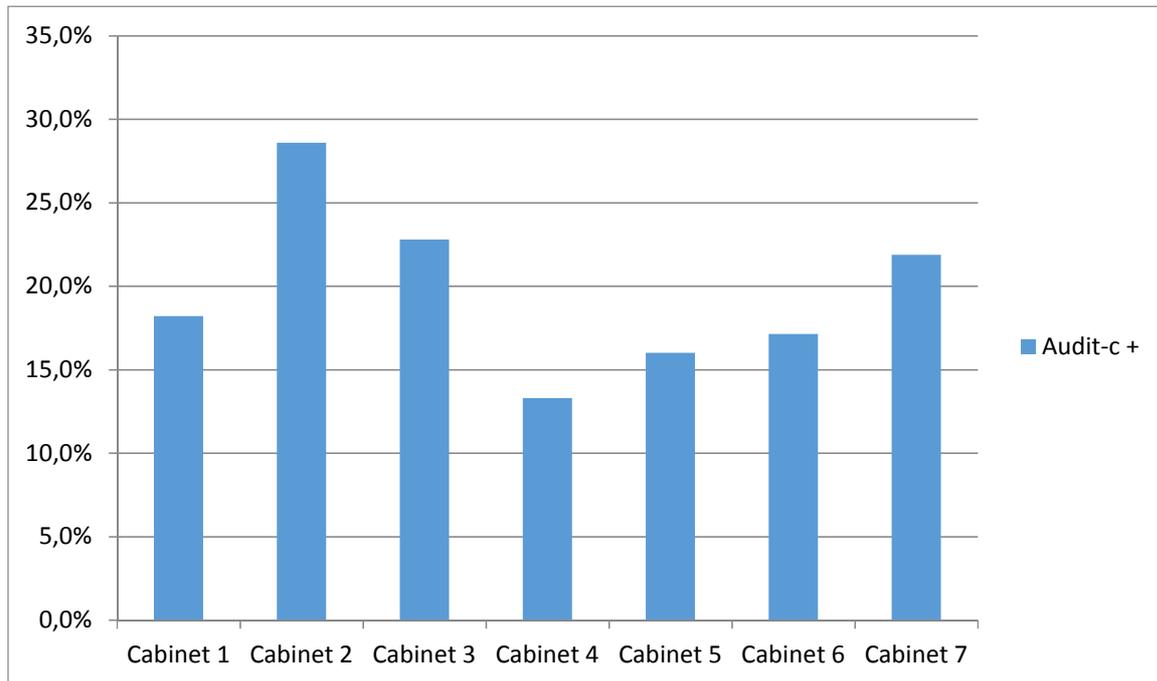


Figure 5 : Représentation des patients avec trouble de l'usage de l'alcool par cabinet

Dans l'ensemble des cabinets, nous avons un taux moyen de 19.3% (n= 115) d'Audit-c positifs. Ce qui nous fait donc un patient sur cinq avec un probable trouble lié à l'usage de l'alcool parmi ceux ayant rempli l'auto-questionnaire. Le nombre moyen de patients présentant un trouble de l'usage d'alcool est ainsi de 6.5 par MG.

Tableau 6 : Rapport réponse à la question 8 et Audit-c

Audit-c score	Fréquence (n)	« Oui, je souhaite parler de l'alcool »	« Non, je ne souhaite pas parler de l'alcool »
≤ 4	482	54 (11,2%)	428 (88,8%)
> 4	115	46 (40%)	69 (60%)

Le taux de réponse « oui » à la question 8 est de 40% (n=46) chez les Audit-c positifs et de 11,2% (n= 54) chez les Audit-c négatifs. Tous les patients qui ont répondu « oui » n'avaient donc pas un trouble de l'usage de l'alcool.

Par contre 60% des patients avec un Audit-c positif ont répondu « non » ce qui signifierait soit qu'ils ne se considèrent pas comme ayant un problème avec l'alcool ou tout simplement qu'ils n'ont pas souhaité en parler à leur MG.

3.2. Taux de patients avec alcoolodépendance par cabinet :

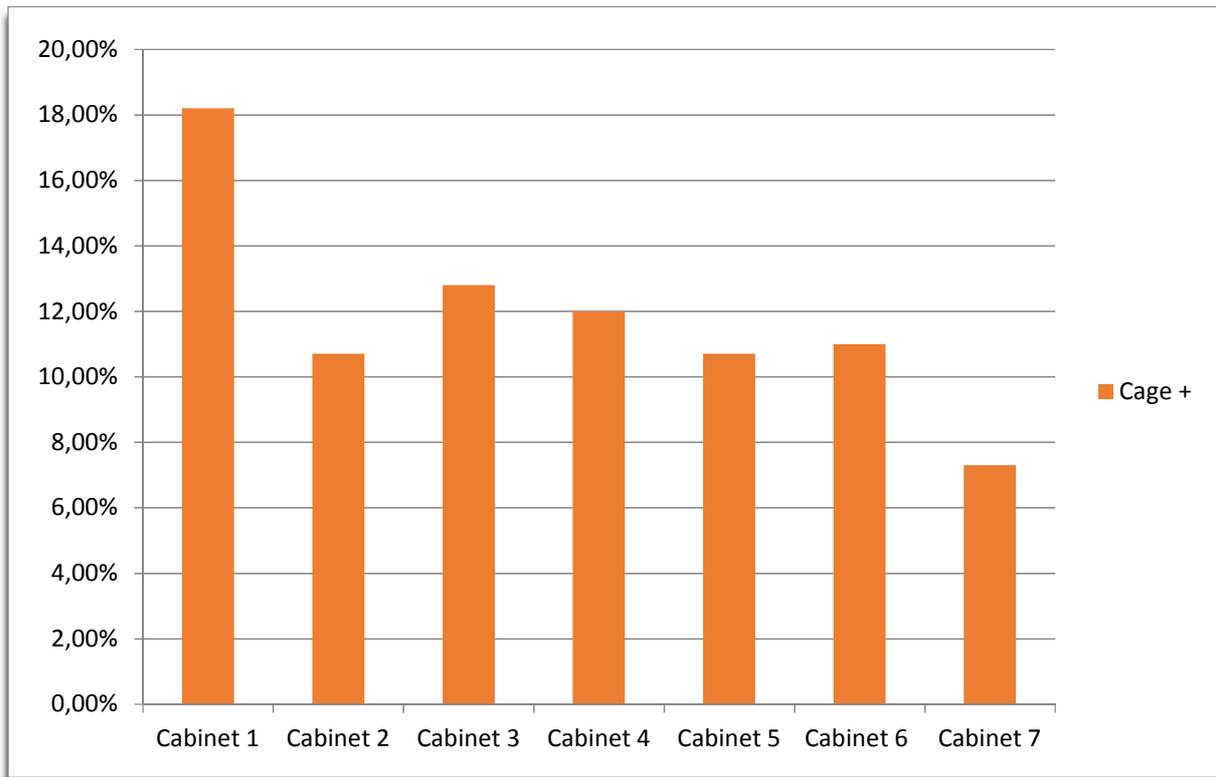


Figure 6 : Représentation des Cage + par cabinet

Il y a 10.7% (n= 64) de tests Cage positifs parmi les auto-questionnaires remplis, représentant le pourcentage de patients potentiellement alcoolodépendants consultant chez ces MG (soit une moyenne de 3.2 patients par MG).

Tableau 7 : Rapport réponse à la question 8 et test Cage

Test CAGE	Fréquence (n)	« Oui, je souhaite parler de l'alcool »	« Non, je ne souhaite pas parler de l'alcool »
Positif	64	38 (59%)	26 (41%)
Négatif	533	45 (8.4%)	488 (92.6%)

Parmi ceux ayant un test Cage positif, il y a eu 59% (n= 38) qui ont répondu « oui » à la question 8.

Tableau 8 : Rapport test Cage vs Audit-c

	Audit-c +	Audit-c -	Total
Cage +	47	17	64
Cage -	68	465	533
Total	115	482	597

Audit 0 = Audit-c score inférieur ou égal à 4
Audit + = Audit-c score supérieur à 4
Cage + = Test Cage positif
Cage - = Test Cage négatif

On constate que 77.9% des questionnaires avaient les 2 tests négatifs et 7.9% les 2 tests positifs. Ces derniers présentaient donc une possible alcoolodépendance lors de l'étude.

26,6 % (n= 17) des tests Cage positifs avaient un Audit-c négatif associé : probablement d'anciens alcoolodépendants qui étaient abstinents lors de l'étude.

59,1% (n = 68) des Audit-c positifs présentaient un trouble de l'usage de l'alcool sans alcoolodépendance, soit un test Cage négatif.

3.3. Nombre de patients avec trouble de l'usage d'alcool et alcoolodépendance par rapport au nombre de sujets ayant évoqué leur consommation d'alcool :

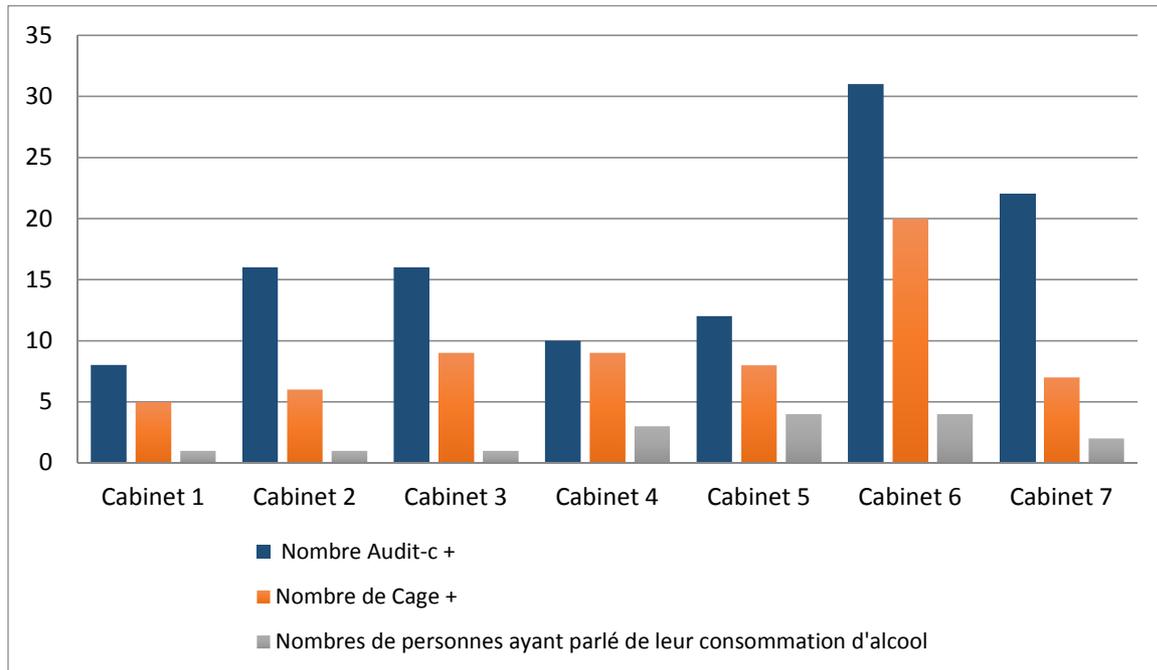


Figure 7 : représentation du nombre d'Audit-c et test Cage positifs par rapport au nombre de sujets ayant évoqué leur consommation d'alcool

Les données recueillies dans la figure 7 correspondent à la deuxième phase de notre étude. Dans les 7 cabinets nous constatons une inégalité importante entre le nombre de personnes présentant un trouble de l'usage de l'alcool et le nombre de patients ayant parlé de leur consommation. Le nombre de patients évoquant l'alcool est toujours inférieur au nombre d'Audit-c ou de Cage positifs quel que soit le cabinet.

3.4. Relation entre alcoolodépendance et réponse à la Q8 chez les patients avec un trouble de l'usage de l'alcool :

Tableau 9 : Rapport entre Test Cage positif et Q8 chez les patients avec Audit-c score positif.

<i>Test Cage</i>	<i>Q8 « Souhaiteriez-vous parler de ce problème à votre médecin traitant si vous vous considérez comme un consommateur à risque? »</i>		
	Non	Oui	Total
Négatif	53 (46.09%)	15 (13.04%)	68 (59.13)
Positif	16 (13.91%)	31 (26.96%)	47 (40.87)
Total	69 (60.00%)	46 (40.00%)	115 (100.00%)

En croisant les tests Cage positifs avec la réponse de la question 8 chez les patients présentant un Audit-c positif, on remarque qu'il y a 26.96% de réponses positives. Il apparaît ainsi une association statistiquement significative entre le fait d'avoir le test Cage positif et de répondre « oui » à la question 8 ($p < 0.001$). Donc il y aurait en moyenne 1 sur 4 patients souffrant d'un trouble de l'usage de l'alcool et alcoolodépendant qui serait prêt à évoquer sa consommation d'alcool à son MG.

Discussion

Analyse des principaux résultats de l'étude :

Notre travail avait pour objectif principal d'observer l'impact d'un auto-questionnaire sur le nombre de patients évoquant leur consommation d'alcool après sa mise en place dans les salles d'attente de médecine générale.

Malgré le fait d'avoir comptabilisé un nombre significativement important de personnes présentant probablement un trouble de l'usage de l'alcool, il y avait peu de patients qui échangeaient sur le sujet auprès de leurs MG. Le fait que le patient, en remplissant l'auto-questionnaire, ait constaté qu'il avait un trouble de l'usage d'alcool (Audit-c supérieur à 4) ne l'a pas plus incité à parler de sa consommation. Par conséquent nous avons constaté qu'il n'y avait aucune influence de notre auto-questionnaire sur le nombre de patients qui ont parlé de leur consommation d'alcool.

Dans notre étude, nous avons retrouvé un taux de 19.3% (n= 115) de patients avec un trouble de l'usage de l'alcool sur l'ensemble des auto-questionnaires remplis. Une enquête réalisée en 2002, par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), auprès des médecins généralistes libéraux, la prévalence du trouble d'usage de l'alcool a été évaluée à 18.2 %, dont 13.2 % de consommateurs excessifs et 5 % de malades alcoolodépendants [24]. Déjà en 1993, une étude avait montré la prévalence des consommateurs à risque et des maladies liées à l'alcool dans la patientèle des médecins généralistes à 20% [25]. Ces chiffres corroborent bien les données que nous avons obtenues et nous font aussi remarquer une certaine stagnation du taux de patients avec un trouble de l'usage de l'alcool en médecine générale.

Sur les 2 mois nous avons pu constater qu'il n'y a eu que 33 patients qui ont parlé de leur consommation d'alcool auprès des 20 MG, ce qui nous fait une moyenne de 1.65 patient par MG. Quant au nombre total des auto-questionnaires avec un Audit-c positif, ils étaient au nombre de 115, soit une moyenne de 6.5 patients par MG. Donc dans l'idéal tous ces patients auraient dû évoquer leur consommation d'alcool auprès des MG pour une éventuelle prise en charge. Mais dans notre étude, le nombre de patients qui ont parlé du sujet de l'alcool est relativement faible. Selon une enquête, menée par la SFMG au sein de son observatoire de la médecine générale, le résultat de consultations sur « l'alcoolisme » ne représentait que 1% des consultations des médecins généralistes [26].

Plusieurs raisons peuvent expliquer l'absence d'impact de notre auto-questionnaire sur la patientèle de ces MG :

(1) L'effectif des médecins :

Sur les 45 cabinets de MG contactés, nous n'avons eu que 7 cabinets, soit 20 MG sur 125 MG, qui ont accepté de participer à notre étude. Les autres médecins ont refusé sans se justifier ou n'ont pas donné suite à nos sollicitations. L'effectif de 20 MG semble relativement faible pour pouvoir démontrer un impact significatif de l'auto-questionnaire.

(2) L'auto-questionnaire :

Il existe dans notre étude un biais de sélection inévitable, lié au choix d'un auto-questionnaire, qui est un biais de déclaration. En effet, nous pouvons supposer que seules les personnes intéressées par le sujet de l'étude y ont répondu et que les réponses des non répondants auraient été différentes. Mais le nombre élevé d'auto-questionnaires recueillis (597) atténue un peu ce biais.

Nous pouvons aussi présumer que l'auto-questionnaire n'a pas été suffisamment efficace pour faire prendre conscience au patient de son trouble de l'usage de l'alcool. Le fait que le patient en remplissant l'auto-questionnaire dans la salle d'attente constate qu'il a un score Audit-c positif, avant de consulter son MG, ne l'a pas plus incité à parler de sa consommation d'alcool. Le but étant qu'il soit interpellé par l'auto-questionnaire et qu'il soit incité à en parler s'il avait constaté qu'il avait peut-être un problème lié à l'alcool.

(3) La durée de consultation :

La durée de consultation moyenne chez le MG est estimée en France entre 15 et 19 minutes selon la DREES [27].

Parler de l'alcool, en plus du motif principal de la consultation, est très complexe sachant que c'est un sujet qui demande beaucoup de temps. Le MG ne s'intéresse ainsi qu'à la demande initiale, il est alors difficile pour le patient d'aborder le sujet de l'alcool. En effet une étude réalisée en 2009, auprès de 199 patients alcoolodépendants, avait constaté que 66% des patients ne parlaient pas d'alcool à leurs MG car ce n'était pas le motif principal de la consultation [28]. C'est pourquoi la contrainte du temps de consultation est un obstacle important pour discuter de la problématique de l'alcool.

3/ L'alcool, un sujet difficile à aborder :

Malgré toutes les campagnes de sensibilisation qui ont été réalisées depuis des années, parler de l'alcool demeure toujours compliqué. Ceci est un frein pour ouvrir le dialogue car les patients ont peur d'être stigmatisés et de se retrouver dans la case « alcoolique ». Par rapport au tabac, l'alcool comporte une représentation plus négative, car en plus des soucis médicaux, il peut aussi refléter un problème personnel ou social. Ceci rend la discussion très difficile car on peut avoir l'impression de parler de quelque chose de l'ordre de l'intime nécessitant une plus grande confiance en son MG. Dans l'étude citée précédemment, 83% des patients n'osaient pas parler de leur consommation d'alcool à leurs médecins pour cause de manque de confiance [28].

Le baromètre santé médecin généraliste de 2009 réalisé par l'INPES s'était intéressé au développement du repérage des pratiques addictives auprès des médecins généralistes en France [29]. 23 % des médecins abordaient la consommation d'alcool au moins une fois avec chaque patient alors que pour le repérage de la consommation de tabac, il y avait un taux de 63,2 %. Une telle disparité paraît étonnante quand on sait que l'enjeu de santé publique dans les deux cas est considérable.

Nous estimons, qu'il y a dans notre étude un patient sur cinq qui présente un trouble de l'usage de l'alcool pourtant très peu évoqué en consultation. On retrouve une réticence de la part des médecins généralistes à prendre en charge ces patients et plusieurs arguments peuvent déplorer ce manque d'intérêt. Par exemple, on retrouve le sentiment d'incompétence ou d'inutilité face à la prise en charge de l'alcool, les contraintes de la pratique médicale en libéral et la difficulté à aborder le thème de l'alcool [30].

Malgré les moyens mis en œuvre par les pouvoirs publics pour sensibiliser la population générale, évoquer sa consommation d'alcool demeure toujours un sujet tabou, pour le médecin comme pour le patient. La représentation négative de la consommation d'alcool par le médecin lui-même est impérativement à prendre en compte car elle conduit à stigmatiser le patient et nuit à une meilleure prise en charge. De ce fait le médecin devient lui-même un frein pour aborder le sujet de l'alcool. Il y a aussi la notion de honte ou de culpabilité ressentie par le patient qu'il ne faut pas négliger et qui tend à faire sous-estimer la consommation d'alcool lors de l'interrogatoire [31].

4/ Le déni ou l'absence de prise de conscience du trouble de l'usage de l'alcool :

Le déni est un mode de défense, consistant à un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante. Le modèle de changement de Prochaska et Di Clemente [32] [Annexe 6], base théorique à l'entretien motivationnel, postule l'existence de six stades de changement, par lesquels passent habituellement les sujets souffrant de conduites addictives. Un patient présentant un trouble de l'usage de l'alcool peut être, au début de la prise en charge thérapeutique, dans le déni de sa pathologie (stade de pré-contemplation) et il faut qu'il reconnaisse l'existence du problème avant d'envisager le changement (stade de contemplation). Un des enjeux pour le médecin généraliste, serait donc d'améliorer sa motivation pour un changement de comportement vers le stade action.

Dans notre étude, nous avons constaté que, parmi les patients avec trouble de l'usage d'alcool et alcoolodépendants, on avait respectivement 60% et 41% de réponses ' non ' à la question : « *Souhaiteriez-vous parler de ce problème à votre médecin traitant si vous vous considérez comme un consommateur à risque ?* ». Nous pouvons supposer que certains ne souhaitent pas discuter de leur consommation pour les raisons citées précédemment et qu'il y avait aussi des patients qui étaient dans une phase de déni.

5/ Formation des MG :

Les MG, choisis dans notre étude, n'avaient pas de formation ou de diplôme sur l'alcoologie. Ceci peut expliquer en partie le fait que les patients ne parlaient pas systématiquement de leur trouble de l'usage de l'alcool.

En effet, la formation universitaire dans ce domaine se limite aux objectifs du CNCI (Centre National des Concours d'Internat) et la formation des MG est laissée à l'initiative des organisations de formation continue. Ces enseignements sont essentiellement théoriques et des études ont montré qu'ils sont insuffisants pour adopter les meilleures prises en charge en matière d'addiction [33] [34].

Une bonne prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool chez un patient nécessite une formation adaptée sur l'alcoologie. Certains médecins n'osent pas aborder le sujet de peur de ne pas savoir que faire en cas de détection d'une consommation à risque. Une étude sur des médecins généralistes belges mettait en évidence que la compétence en communication sur ce

thème était un facteur facilitant la prise en charge des patients ayant une consommation problématique d'alcool [35].

Le manque de compétence généré par l'absence ou le peu de formations, notamment sur l'aspect psychologique de la prise en charge de cette pathologie, peut entraîner une approche difficile de la maladie. Nous pouvons suggérer aux médecins qu'en parlant plus souvent d'alcool avec leurs patients, en multipliant la prévention ou le repérage de routine, on facilitera la discussion autour de l'alcool. C'est ce que montre une étude menée à Limoges en 2014 sur 93 patients [36]. A l'aide d'un flyer composé d'un test rapide de repérage et d'une information relative à l'alcool, ces 93 patients venus en consultation chez le médecin généraliste ont pu bénéficier d'un repérage systématique. Les résultats de cette étude ont montré une acceptabilité par le patient de 100%. De plus, les médecins rapportaient qu'il était plus facile d'aborder le sujet car les patients ne se sentaient pas stigmatisés et parlaient plus facilement.

Nous pouvons ainsi affirmer que la prise en charge de l'alcoolisme en médecine générale nécessite une formation spécifique. Le fait que le patient se fasse régulièrement évaluer sur sa consommation peut l'aider à mieux en parler car il est déjà sensibilisé. Il sait qu'il a quelqu'un qui peut le guider dans une éventuelle prise en charge. Un patient qui se sent écouté et compris reviendra plus facilement s'il est un jour en difficulté avec l'alcool.

Cependant, du côté des MG, nous sommes conscients qu'ils ne peuvent pas tous se former en alcoologie. Mais ils peuvent éventuellement appliquer la technique de RPIB selon les recommandations de L'INPES [10]. Ceci permettrait une ébauche vers une possible prise en charge des patients avec un trouble de l'usage de l'alcool.

L'objectif secondaire de notre étude a été de démontrer si les patients avec un trouble de l'usage de l'alcool avaient plus le souhait d'évoquer leur consommation d'alcool à leur MG.

Parmi les patients avec un trouble de l'usage de l'alcool, dans notre étude, 40% avaient répondu « oui » quant à leur souhait de parler de leur consommation s'ils se considéraient comme consommateur à risque. Concernant les patients alcoolodépendants, on avait un taux de « oui » qui était supérieur, soit 59%. Cette différence peut s'expliquer par le fait que les patients alcoolodépendants étaient plus volontaires pour parler de leur problématique avec l'alcool.

En croisant les réponses à la question 8 de l'auto-questionnaire et les tests Cage positifs parmi les Audit-c positifs, nous avons constaté une association significative entre le fait d'avoir le Test Cage positif et de répondre « oui » à la question 8 ($p < 0.001$). Il y aurait en moyenne 1 sur 4 patients souffrant d'un trouble de l'usage de l'alcool et alcoolodépendant qui serait prêt à évoquer sa consommation d'alcool à son MG. Ces derniers sembleraient avoir une meilleure prise de conscience de leur problématique avec l'alcool, les incitant à vouloir en parler.

Nos résultats vont dans le sens d'une étude coréenne, parue en 2007 dans le Korean journal of medicine, qui s'est intéressée au rôle de la prise de conscience du trouble d'usage (insight) et motivation au changement des alcoolodépendants [37]. Les résultats ont montré que les alcoolodépendants avec un meilleur insight avaient plus de possibilité de se situer au stade de contemplation ou action selon le modèle de Prochaska et Di Clemente. Ayant une meilleure prise de conscience de leur trouble de l'usage, ils seraient ainsi plus motivés à parler de l'alcool répondant « oui » à la question 8.

Une autre étude, publiée en 2011, qui concernait l'influence de l'insight sur l'entretien motivationnel et l'alcoolodépendance avait retrouvé que les patients avec un niveau d'insight élevé présentaient moins de rechute que ceux avec un insight plus faible [38]. La prise de conscience du trouble de l'usage semble être un élément important de la prise en charge des patients alcoolodépendants.

Par conséquent, si les patients ont une meilleure prise de conscience de leur trouble de l'usage d'alcool cela les aidera à sortir de leur ambivalence. Ils seront donc préparés au changement de leur comportement avec pour objectif de mobiliser leur motivation vers une éventuelle prise en charge.

Forces et faiblesses de l'étude :

- La force de notre étude réside dans le fait qu'elle soit inédite. Nous n'avons pas retrouvé de travail s'intéressant à ce thème dans la région.
- Pour recruter les médecins généralistes installés, nous avons contacté plusieurs cabinets médicaux par téléphone, par l'intermédiaire de l'annuaire. Le choix des médecins s'est fait de façon aléatoire et à moins d'une heure de route de Poitiers. Afin d'avoir une population de MG représentant tout type de pratique, nous avons choisi des médecins exerçant en milieu rural et urbain, d'âges et de sexes différents. Nous notons que le recrutement a été plus difficile à cause du refus ou l'absence de réponse de la plupart des cabinets médicaux contactés.
- Comme nous l'avons vu précédemment, il existe un biais de sélection inévitable dans notre étude lié au fait de l'utilisation d'un auto-questionnaire. On peut supposer que seuls les patients intéressés par le sujet y ont répondu et que les réponses des non répondants auraient été différentes.
- Il existe un manque de données sociodémographiques (âge, sexe, niveau socio-économique) de la population des patients qui nous auraient informés sur les caractéristiques des répondants.

Perspectives :

Le médecin généraliste, par sa position de premier recours dans le système de soins, a un rôle particulier dans l'abord et l'accompagnement des patients ayant des troubles liés à

l'usage de l'alcool. Sur le plan théorique, les recommandations de bonne pratique proposées par la SFA en 2014 citent certaines interventions psychosociales (renforcement de la motivation au changement, soutien de l'entourage...) comme relevant de la compétence du MG. Ces mêmes recommandations proposent aussi une formation des médecins à la réalisation du repérage précoce des consommations à risque d'alcool et à l'intervention brève [39].

Mais malheureusement, on note une stagnation de la prise en charge médicale concernant ce domaine. Depuis plusieurs décennies, malgré une baisse générale de la consommation d'alcool, celle-ci demeure toujours un des déterminants majeurs de maladies et de morts potentiellement évitables. Plusieurs programmes pluri-institutionnels mis en place sur l'alcool ont du mal à prouver leur efficacité si on les compare à la lutte anti-tabac.

Selon plusieurs études, les généralistes ont toujours une certaine difficulté à aborder le problème de l'alcool avec leurs patients. Notre travail va dans ce sens et montre toute la difficulté à bien communiquer sur ce sujet. Le fait que les patients en remplissant notre auto-questionnaire sachent qu'ils ont un probable problème lié à l'alcool ne les a pas plus incités à en parler. Nous avons aussi constaté que les patients, notamment alcoolodépendants, se considéraient comme ayant un problème lié à leur consommation et seraient volontaires pour en parler. Notre étude est une photographie pendant 10 mois de consultations chez 20 MG dans la région ce qui est relativement faible. Un effectif de MG supérieur et une durée plus longue pourraient donner des résultats plus significatifs que la nôtre.

Un des enseignements de ce travail réside dans le fait que les patients reconnaissent un rôle à leur MG dans le dépistage et la prise en charge de leur maladie et qu'ils souhaitent que celui-ci évoque le sujet plus facilement. S'il existe toujours un « tabou » autour de l'alcool, chez les patients comme chez les médecins, il est temps que les mentalités évoluent. Avec l'avènement de la télémédecine, peut-être que la consommation d'alcool sera évoquée avec moins de réticences. L'interaction sera probablement plus facile avec la mise en place des réseaux et des plateformes numériques sur l'alcoologie. Il pourrait aussi y avoir une meilleure communication entre les professionnels de santé et les autres intervenants comme la famille, les travailleurs sociaux, les paramédicaux, la médecine du travail etc.

Une autre piste envisagée serait la mise à disposition de flyers ou d'autres documentations sur le repérage en alcoologie dans les salles d'attente, pour informer les patients ou les sensibiliser régulièrement et les inciter à ouvrir le dialogue avec leur MG. Le patient

peut ainsi prendre conscience de son trouble d'usage de façon volontaire. En toute discrétion, il peut revenir voir son médecin avec les documents. Ceci peut être un bon compromis chez les MG qui ont du mal à interroger leurs patients de façon systématique et régulière sur l'alcool.

Nous pouvons aussi nous poser la question de la valorisation des actes de prévention et de dépistage en mettant en place une tarification spéciale. Cette mesure pourrait lever le frein sur la prise en charge de l'alcool en médecine générale. « L'alcool » étant un sujet chronophage et énergivore, le MG pourrait de ce fait être plus incité à faire une prise en charge adéquate sans se soucier des multiples contraintes qui existent, notamment la durée de consultation. Quelques études existent sur la rémunération des actes de repérage en alcoologie [40] [41] [42] mais les conclusions tendent à diverger sur son réel intérêt par rapport au changement de comportement des médecins.

Les médecins doivent aborder la question de la consommation d'alcool, comme il est maintenant d'usage pour le tabac. Lors de l'interrogatoire médical, la question « Buvez-vous ? » doit être aussi facile que le « Fumez-vous ? » Le MG doit participer, en évoquant le sujet de l'alcool, à la répétition du message qui progressivement fera son chemin chez le patient. D'autant plus que la question de l'alcool n'est pas seulement question de repérage par le MG mais aussi par d'autres spécialités médicales ou paramédicales. En effet, le médecin généraliste ne peut pas à lui seul gérer la problématique si particulière de l'alcool dans notre société. Des moyens doivent être mis à sa disposition pour faciliter les prises en charge face à cet enjeu de santé publique.

Bibliographie :

1/ Beck F, Guilbert P. Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé. INPES (Inst.). Saint-Denis Cedex France: INPES (Inst.); 2005.574 p.

2/ Global status report on alcohol and health 2014 (source internet)

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1

3/ Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Alcohol-attributable mortality in France. Eur J Public Health. 2013 ; 23:588-934/ Beck F, Guilbert P, Gautier A (dir). Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé. Saint-Denis: Inpes; 2007. 574 p

4/ François Paille, Michel Raynaud. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. Bull Epidemiol Hebd. 7 juillet 2015 ; (24-25) : 440-9.

5/ Kopp P. Septembre 2015, Le coût social des drogues en France, éditeur OFDT.

6/ Kiritze-Topor P. Place de la FMC dans la prise en charge de l'alcoolodépendant. Rev Prat Med Gen 2001 ; n° spécial, janvier/15-6.

7/ Samuel R, Michaud P. Le généraliste face au risque « alcool » : une étude qualitative. Prat Med et Thérap 2002;21:23-6.

8/ Mouquet, M.-C. and H. Villet, Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné. Etudes et Résultats, 2002. N°192: p. pp.1-11.

9/ Kandel O, Boisnault P. Evolution sur 10 ans de la prise en charge de 3 addictions. Observatoire de Médecine Générale ; 2005 [11/2016].

Source internet : http://omg.sfm.org/docs/news/trois_addictions.pdf

10/ Anderson P, Gual A, Colom J. Alcool et médecine générale : recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. INCa (trad.). Paris ; 2008. 141 p

11/ O'Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D, Schulte B, Schmidt C, Reimer J, et al. The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol and alcoholism*; Oxf. 2014 Feb; 49(1):66–78.

12/ Ballesteros J, Duffy JC, Querejeta I, Arino J, Gonzalez-Pinto A. Efficacy of Brief Interventions for Hazardous Drinkers in Primary Care: Systematic Review and Meta-Analyses. *Alcohol Clin Exp Res*. 2004; 28(4):608–18.

13/ Kaner EFS, Beyer F, Dickinson HO, Pienaar E, Campbell F, Schlesinger C, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; (2):CD004148.

14/ Bien T.-H., Miller W.-R., Tonigan J.-S. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*, 1993; 88: 315-336.

15/ Nalpas, B., et al. Attitudes et opinions des médecins libéraux sur l'alcoolisme. *La presse médicale*, 2003. Tome 32(n°9): p. P. 391 à 399.

16/ Ana-Maria Dick, Jean-Pierre Ferret, INSEE Analyses Poitou-Charentes, décembre 2014.

17/ Beck F., Guignard R., Léon C., Richard J.-B. Atlas des usages de substances psychoactives 2010. Analyses régionales du Baromètre santé de l'Inpes. Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé territoires, 2013 : 104 p.

18/ Beck F. Les usages de substances psychoactives en population adulte. 1ers résultats du Baromètre santé 2010. INPES, OFDT. Paris. 29 juin 2011. 15 p.

19/ Suant A., Thèse : Le devenir des patients perdus de vue dans un réseau de santé : Étude dans le réseau régional addictions Poitou-Charentes, juin 2014 P. 12 à 15.

20/ Réseau Addictions Poitou-Charentes R.A.P: www.reseau-addictions-rap.fr

21/ Anderson P, Gual A, Colom J. Alcool et médecine générale : recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. INCa (trad.). Paris ; 2008. 141 p.

22/ Mayfield D, Mc Leod G, Hall P. The CAGE questionnaire. Validation of a new alcoholism screening instrument. Am J. Psychiatry 1974; 131(10):1121-1123

23/ Ewing JA. Detecting alcoholism The CAGE questionnaire. JAMA 1984; 252(14): 1905-07

24/ Mouquet MC et Villet H. Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné. DREES Etudes et résultats 2002;192:1-11.

25/ Huas D, Allemand H, Loiseau Det al. Prévalence du risque alcool est des maladies liées à l'alcool dans la clientèle adulte du généraliste. Rev Prat Med Gen 1993 (203) : 39-44.

26/ Miche JN, Morel F, Gallais JL. Perceptions du « risque alcool » et des co-morbidités liées à l'alcoolisation dommageable en médecine générale. OMG-SFMG (1994-1995) Rev Prat Med Gen.

27/ Elbaum M. Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie. DREES Juin 2004 : N° 315.

28/ Terrade P. « Attentes des patients alcoolos dépendants vis à vis de leur médecin généraliste avant et après sevrage : Etude après de 199 patients pris en charge pour sevrage dans quatre centres de référence ». Thèse doctorat en médecine, faculté de médecine de Poitiers, 2009, 83p.

29/ Beck F, Guignard R, Obradovic I, Gautier A, Karila L. Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France. Revue d'Epidémiologie Santé Publique. 2011 Oct; 59(5):285-94.

30/ Bouix JC, Gache P, Rueff B, Huas D. Parler d'alcool reste un sujet tabou. Connaissances, opinions attitudes et pratiques des médecins généralistes français concernant l'alcool. Rev Prat Med Gen 2002; 16 :1488-91.

31/ OFDT. Quelles sont les perceptions alcool et les pratiques RPIB des médecins généralistes avant la formation ? ; www.ofdt.fr/BDD/RPIB/result3rpib.pdf

32/ Prochaska JO et Di Clemente CC. Transtheoretical therapy: towards a more integrative model of change. Psychotherapy: theory, research and practice 1982;19: 276-288.

33/ O'Connor PG, Nyquist JG, McLellan AT. Integrating addiction medicine into graduate medical education in primary care: the time has come. Ann Intern Med. 2011 Jan4;154(1):56–9.

34/ McCambridge J, Platts S, Whooley D, Strang J. Encouraging Gp Alcohol Intervention: Pilot Study of Change-Orientated Reflective Listening (corl). Alcohol and Alcoholism. 2004 Mar 1;39(2):146–9.

35/ Ketterer F. et al. What factors determine Belgian general practitioners' approaches to detecting and managing substance abuse? A qualitative study based on the I-Change Model. BMC Fam Pract. 2014, 15 :119.

36/ Caillaud F. Repérage d'une consommation d'alcool à risque en médecine générale. [Thèse d'exercice]. Faculté de médecine de Limoges ; 2014.

37/ Kim M.K., Kim J.S., Kim J.G., Kim S.S. *et al.* (2007). « The readiness to change and insight in alcohol dependent patients », in *The Journal of Korean Medical Science* 22: 453-458.

38/ J. Lacoste, M-L Daniel, F. Meissonnier, M. Bacconnier, J.-L. Senon, D. Belin, N. Jaafari Insight Study Group, « Influence de l'insight sur l'efficacité de l'entretien motivationnel dans

la prévention des rechutes chez des patients alcoolo-dépendants », Annales Médico-Psychologiques 169 (2011) 457-458.

39/ Biblio : Société Française d'Alcoologie. Mésusage de l'alcool : Dépistage, diagnostic et traitement. Recommandations de bonne pratique 2014 [11/2016].
<https://www.sfalcoologie.asso.fr/download/RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf>

40/ Groppi M. Parler d'alcool avec son patient en médecine générale : Etude qualitative auprès de 85 médecins généralistes. Médecine- Février 2011- volume 7- numéro 2.

41/ Groupe d'experts réunis par l'INSERM. Expertise collective : alcool, dommages sociaux, abus et dépendance. [Ouvrage]. 2002 : 306-309.

42/ Naudet M. Prévention, dépistage et prise en charge précoce du problème d'alcool en médecine générale : essai d'analyse d'un problème collectif [Mémoire d'addictologie]. Faculté de médecine de Paris VIII ; Novembre 2004.

Annexes

Annexe 1 : mortalité attribuable à l'alcool en 2009.

Fractions attribuables à l'alcool et nombre de décès suivant la pathologie et le sexe en 2009

	Fraction attribuable		Nombre de décès dus à l'alcool		
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Total
Cancer	12 %	6 %	11 197	4 003	15 200
Bouche	75 %	36 %	951	178	1 129
Pharynx	86 %	49 %	1 842	172	2 014
Œsophage	84 %	53 %	2 860	467	3 327
Côlon et rectum	30 %	9 %	2 949	750	3 699
Foie	30 %	9 %	1 850	201	2 051
Larynx	60 %	24 %	745	35	781
Sein		18 %		2 199	2 199
Maladie cardiovasculaire	14 %	3 %	9 523	2 710	12 233
Maladie hypertensive	46 %	15 %	1 420	866	2 286
Cardiopathie ischémique	5 %	- 3 %	938	- 529	409
Cardiomyopathie alcoolique	100 %	100 %	74	10	84
Arythmie cardiaque	53 %	22 %	2 250	1 366	3 615
AVC hémorragique	48 %	8 %	3 704	827	4 531
AVC ischémique	19 %	2 %	1 050	150	1 200
Varices œsophagiennes	100 %	100 %	88	20	108
Maladies digestives	45 %	20 %	5 627	2 145	7 772
Gastrite alcoolique	100 %	100 %	0	0	0
Maladie alcoolique du foie	100 %	100 %	3 543	1 317	4 860
Hépatite chronique sans précision	100 %	100 %	15	10	25
Fibrose et cirrhose du foie	100 %	100 %	1 684	767	2 451
Cholélithiase	47 %	- 10 %	- 51	- 19	- 70
Pancréatite	74 %	17 %	438	71	509
Autres maladies			3 441	634	4 075
Diabète de type 2	21 %	- 4 %	638	- 143	494
Encéphalopathie de Wernicke	100 %	100 %	6	4	10
Maladies mentales dues à l'alcool	100 %	100 %	2 251	608	2 859
Dégénérescence du système nerveux due à l'alcool	100 %	100 %	75	26	101
Epilepsie et mal épileptique	53 %	18 %	459	137	596
Polynévrite alcoolique	100 %	100 %	12	4	16
Causes externes	25 %	18 %	5 545	2 609	8 154
Total causes précisées attribuables à l'alcool	13 %	5 %	35 334	12 101	47 435
Causes inconnues ou mal précisées	16 %	5 %	1 250	363	1 613
Mortalité totale attribuable à l'alcool	13 %	5 %	36 584	12 465	49 048

Note : La proportion de consommateurs d'alcool, suivant différents niveaux, étant très différentes chez les hommes et chez les femmes, les calculs doivent être effectués séparément pour chaque sexe.

Source : Guérin et coll., 2013

Annexe 2 : Dispositifs de prise en charge et de réduction des risques en Poitou-Charentes

	Charente	Charente-Maritime	Deux-Sèvres	Vienne
Réseau Ambulatoire	Réseau Addictions Poitou-Charentes (RAP)			
Filière hospitalière de soins en addictologie	En cours de réalisation			
Court séjour addictologie ou service de PEC patients en difficulté avec l'alcool	- CH C. Claudel - CH Angoulême - CH Cognac - CH Barbezieux - CH Ruffec	- CH Rochefort (opiacés) - CH La Rochelle (SHALE), - CH Jonzac (DISPA)	- CH Nord Deux-Sèvres (alcool) - CH Niort (alcool)	CH H. Laborit (alcool)
Equipe hospitalière de liaison et de soins en addictologie (ELSA)	CH Angoulême	- CH Rochefort (avec intervention sur la Rochelle) - CH St Jean d'Angely (avec intervention sur Saintes)	CH Niort	-
Consultation hospitalière d'addictologie et tabacologie)	- CH Angoulême - CH Cognac - CH Sud-Charente - CH Ruffec	- CH Rochefort - CH St J. d'Angely - CH La Rochelle - CH Saintes - Centre Atlantique Puilboreau	- CH Nord Deux-Sèvres - CH Niort	- CH Montmorillon - CH Chatellerault - CHU Poitiers
Hôpital de jour en addictologie				CH H. Laborit (alcool)
Structures de soins de suite et de réadaptation	-	Centre Alpha (Royan)	CH Nord Deux-sèvres	«La Gandillonnerie» (Payroux)
CSAPA	- ANPAA 16 (alcool) - CH C Claudel (drogues illicites)	- CH Jonzac - CH St J-d'Angely - CH Rochefort (alcool) - CH Saintes (alcool) - CH La Rochelle (alcool) - Synergie 17 (drogues illicites)	- CH de Niort - CH Nord Deux-Sèvres	CH H Laborit (alcool, drogues illicites)
CAARUD	Angoulême	La Rochelle	Niort	Poitiers

ARS Poitou-Charentes. Projet Régional de Santé de Poitou-Charentes. Décembre 2012

Questionnaire médecine générale :

Merci de répondre à quelques questions, ceci ne vous prendra que quelques minutes.

1) Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?

- Jamais [0]
- Une fois par mois [1]
- 2 à 4 fois par mois [2]
- 2 à 3 fois par semaine [3]
- 4 fois ou plus par semaine [4]

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



- 1 ou 2 [0]
- 3 ou 4 [1]
- 5 ou 6 [2]
- 7 ou 9 [3]
- 10 ou plus [4]

3) Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?

- Jamais [0]
- Moins de 1 fois par mois [1]
- 1 fois par mois [2]
- 1 fois par semaine [3]
- Tous les jours ou Presque [4]

Score total supérieur à 4 = consommation d'alcool à risque pour la santé

4) Avez vous déjà eu des remarques de la part de votre famille ou des amis à propos de l'alcool ?

- OUI
- NON

5) Avez-vous déjà eu le besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

- OUI
- NON

6) Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation d'alcool ?

- OUI
- NON

7) Vous êtes-vous déjà senti coupable au sujet de votre consommation d'alcool ?

- OUI
- NON

8) Souhaiteriez vous parler de ce problème à votre médecin traitant si vous vous considérez comme un consommateur à risqué?

- OUI
- NON

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ces questions.

Annexe 4 : Questionnaire AUDIT-c

Figure N°A2 Questionnaire Audit-C	
1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	<ul style="list-style-type: none">(0) Jamais(1) 1 fois par mois ou moins(2) 2 à 4 fois par mois(3) 2 à 3 fois par semaine(4) Au moins 4 fois par semaine
2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?	<ul style="list-style-type: none">(0) 1 ou 2(1) 3 ou 4(2) 5 ou 6(3) 7 à 9(4) 10 ou plus
3. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?	<ul style="list-style-type: none">(0) Jamais(1) Moins d'une fois par mois(2) Une fois par mois(3) Une fois par semaine(4) Tous les jours ou presque

Annexe 5 : Questionnaire CAGE

- 1 Avez-vous déjà ressenti le besoin d'arrêter de consommer de l'alcool ?
- 2 Vous êtes-vous déjà senti coupable vis-à-vis de votre consommation ?
- 3 Avez-vous déjà bu de l'alcool le matin pour mieux vous réveiller ?
- 4 Avez-vous déjà été ennuyé par des critiques de vos proches ?

Annexe 6 : Le modèle de changement de Prochaska et Di Clemente

Stades du changement

J.O. Prochaska, C. DiClemente 1982



CMC 20090

6

SERMENT



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 !



RESUME :

Introduction : En France, l'alcool demeure depuis des décennies la substance psycho active la plus consommée et est responsable de 49000 décès par an. Le médecin généraliste reste en première ligne concernant le repérage et la prise en charge des patients avec un trouble de l'usage de l'alcool. Cependant le nombre de patients évoquant ce sujet est très faible par rapport au nombre de personnes concernées.

Méthodes : Nous avons ainsi réalisé une étude transversale auprès de 20 médecins généralistes pendant 10 mois, en Poitou-Charentes, afin d'observer l'impact d'un auto-questionnaire sur le nombre de patients évoquant leur consommation problématique d'alcool.

Résultats : 19,3% de patients avec un trouble de l'usage d'alcool et 10,7% des patients alcoolodépendants ont été repérés après analyse des 597 auto-questionnaires. L'auto-questionnaire n'a eu aucun impact sur le nombre de patients qui ont évoqué leur consommation d'alcool. Il y avait en moyenne 1 sur 4 patients souffrant d'un trouble de l'usage de l'alcool et alcoolodépendant qui était disposé à évoquer sa consommation d'alcool à son MG.

Conclusion : Notre travail a mis en évidence un manque de communication sur la problématique de l'alcool entre les patients et leurs médecins généralistes bien que ces derniers soient les médecins de premier recours. Parmi les raisons pouvant expliquer ceci, on retrouve le sentiment de honte et de culpabilité à aborder le sujet. Il y a aussi la représentation négative autour de l'alcool pour le patient comme pour le médecin. La durée de consultation et le manque de formation en alcoologie sont également des limites à prendre en compte. Un des enseignements de notre travail réside dans le fait que les patients seraient conscients de leur trouble d'usage d'alcool et prêts à en parler si le médecin évoque le sujet. Nous pourrions envisager que la mise à disposition auprès des patients de diverses documentations de repérage sur alcool et l'émergence de la télémédecine faciliteraient l'échange sur ce thème.

Mots-clés : médecine générale - trouble de l'usage de l'alcool – alcoolodépendance - auto-questionnaire.