

## Faculté de Médecine

Année 2021

Thèse N°

### Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 18 février 2021

Par Coralie VILLENEUVE

Née le 4 février 1991 à Châteauroux

### **Evaluation du niveau de conscience de la population en mésusage de l'alcool consultant en médecine générale dans l'Indre**

Thèse dirigée par les docteurs Pierre-Jean BAUDOT et Sébastien MOREAU

Examineurs :

Madame Nathalie Dumoitier, professeur d'université de médecine générale, Limoges

Madame Nadège Lauchet, maître de conférence de médecine générale, Limoges.

Monsieur Nubukpo Philippe, professeur d'université, addictologie, Limoges

Monsieur Vincent François, professeur d'université, physiologie, Limoges



## Faculté de Médecine

Année 2021

Thèse N°

### Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 18 février 2021

Par Coralie VILLENEUVE

Né(e) le 4 février 1991 à Châteauroux

### **Evaluation du niveau de conscience de la population en mésusage de l'alcool consultant en médecine générale dans l'Indre**

Thèse dirigée par les docteurs Pierre-Jean BAUDOT et Sébastien MOREAU

Examineurs :

Madame Nathalie Dumoitier, professeur d'université de médecine générale, Limoges  
Madame Nadège Lauchet, maître de conférence de médecine générale, Limoges.  
Monsieur Nubukpo Philippe, professeur d'université, addictologie, Limoges  
Monsieur Vincent François, professeur d'université, physiologie, Limoges

## Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

---

Le 14 octobre 2020

<b>ABOYANS</b> Victor	CARDIOLOGIE
<b>ACHARD</b> Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
<b>AJZENBERG</b> Daniel	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
<b>ALAIN</b> Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>AUBARD</b> Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>AUBRY</b> Karine	O.R.L.
<b>BERTIN</b> Philippe	THERAPEUTIQUE
<b>CAIRE</b> François	NEUROCHIRURGIE
<b>CHARISSOUX</b> Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
<b>CLAVERE</b> Pierre	RADIOTHERAPIE
<b>CLEMENT</b> Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
<b>CORNU</b> Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>COURATIER</b> Philippe	NEUROLOGIE
<b>DARDE</b> Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
<b>DAVIET</b> Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>DESCAZEAUD</b> Aurélien	UROLOGIE
<b>DES GUETZ</b> Gaëtan	CANCEROLOGIE
<b>DESSPORT</b> Jean-Claude	NUTRITION
<b>DRUET-CABANAC</b> Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL
<b>DURAND-FONTANIER</b> Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
<b>FAUCHAIS</b> Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
<b>FAUCHER</b> Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
<b>FAVREAU</b> Frédéric	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

<b>FEUILLARD</b> Jean	HEMATOLOGIE
<b>FOURCADE</b> Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
<b>GAUTHIER</b> Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>GUIGONIS</b> Vincent	PEDIATRIE
<b>HANTZ</b> Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>HOUETO</b> Jean-Luc	NEUROLOGIE
<b>JACCARD</b> Arnaud	HEMATOLOGIE
<b>JAUBERTEAU-MARCHAN</b> M. Odile	IMMUNOLOGIE
<b>JESUS</b> Pierre	NUTRITION
<b>LABROUSSE</b> François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
<b>LACROIX</b> Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
<b>LAROCHE</b> Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
<b>LIENHARDT-ROUSSIE</b> Anne	PEDIATRIE
<b>LOUSTAUD-RATTI</b> Véronique	HEPATOLOGIE
<b>LY</b> Kim	MEDECINE INTERNE
<b>MABIT</b> Christian	ANATOMIE
<b>MAGY</b> Laurent	NEUROLOGIE
<b>MARIN</b> Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>MARQUET</b> Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
<b>MATHONNET</b> Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>MELLONI</b> Boris	PNEUMOLOGIE
<b>MOHTY</b> Dania	CARDIOLOGIE
<b>MONTEIL</b> Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
<b>MOUNAYER</b> Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>NATHAN-DENIZOT</b> Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>NUBUKPO</b> Philippe	ADDICTOLOGIE

<b>OLLIAC</b> Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
<b>PARAF</b> François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
<b>PLOY</b> Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>PREUX</b> Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>ROBERT</b> Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
<b>SALLE</b> Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>STURTZ</b> Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>TCHALLA</b> Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
<b>TEISSIER-CLEMENT</b> Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
<b>TOURE</b> Fatouma	NEPHROLOGIE
<b>VALLEIX</b> Denis	ANATOMIE CHIRURGIE GENERALE
<b>VERGNENEGRE</b> Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>VERGNE-SALLE</b> Pascale	THERAPEUTIQUE
<b>VIGNON</b> Philippe	REANIMATION
<b>VINCENT</b> François	PHYSIOLOGIE
<b>YARDIN</b> Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

**PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES**

<b>BRIE</b> Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
<b>KARAM</b> Henri-Hani	MEDECINE D'URGENCE
<b>MOREAU</b> Stéphane	EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

<b>BALLOUHEY</b> Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
<b>BARRAUD</b> Olivier	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>BOURTHOUMIEU</b> Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

<b>COUVE-DEACON</b> Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>DELUCHE</b> Elise	CANCEROLOGIE
<b>DUCHESNE</b> Mathilde	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
<b>DURAND</b> Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>ESCLAIRE</b> Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>JACQUES</b> Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
<b>LE GUYADER</b> Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>LIA</b> Anne-Sophie	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>RIZZO</b> David	HEMATOLOGIE
<b>TERRO</b> Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>WOILLARD</b> Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

### **P.R.A.G.**

<b>GAUTIER</b> Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES ASSOCIES A MI-TEMPS**

<b>SALLE</b> Laurence	ENDOCRINOLOGIE (du 01-09-2020 au 31-08-2021)
-----------------------	---

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

<b>DUMOITIER</b> Nathalie	(Responsable du département de Médecine Générale)
---------------------------	---

### **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE**

<b>HOUDARD</b> Gaëtan	(du 01-09-2019 au 31-08-2022)
<b>LAUCHET</b> Nadège	(du 01-09-2020 au 31-08-2023)
<b>PAUTOUT-GUILLAUME</b> Marie-Paule	(du 01-09-2018 au 31-12-2020)

### **PROFESSEURS EMERITES**

<b>ADENIS</b> Jean-Paul	du 01-09-2017 au 31-08-2021
<b>ALDIGIER</b> Jean-Claude	du 01.09.2018 au 31.08.2020

<b>BESSEDE</b> Jean-Pierre	du 01-09-2018 au 31-08-2020
<b>BUCHON</b> Daniel	du 01-09-2019 au 31-08-2021
<b>DESSPORT</b> Jean-Claude	du 01-09-2020 au 31-08-2021
<b>MERLE</b> Louis	du 01.09.2017 au 31.08.2020
<b>MOREAU</b> Jean-Jacques	du 01-09-2019 au 31-08-2021
<b>TREVES</b> Richard	du 01-09-2020 au 31-08-2021
<b>TUBIANA-MATHIEU</b> Nicole	du 01-09-2018 au 31-08-2021
<b>VALLAT</b> Jean-Michel	du 01.09.2019 au 31.08.2022
<b>VIROT</b> Patrice	du 01.09.2018 au 31.08.2021

## Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

---

Le 12 juin 2020

### ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

<b>AUDITEAU</b> Emilie	EPIDEMIOLOGIE (CEBIMER)
<b>DAURIAT</b> Benjamin	HISTOLOGIE, EMBRIOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
<b>DERBAL</b> Sophiane	CHIRURGIE ANATOMIE
<b>DOUCHEZ</b> Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>DUPONT</b> Marine	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
<b>DURIEUX</b> Marie-Fleur	PARASITOLOGIE
<b>GUYOT</b> Anne	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
<b>HERMINEAUD</b> Bertrand	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
<b>HUMMEL</b> Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>LABRIFFE</b> Marc	PHARMACOLOGIE
<b>LEFEBVRE</b> Cyrielle	ANESTHESIE REANIMATION
<b>LOPEZ</b> Stéphanie	MEDECINE NUCLEAIRE
<b>PASCAL</b> Virginie	IMMUNOLOGIE CLINIQUE
<b>PIHAN</b> Franck	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>RIVAILLE</b> Thibaud	CHIRURGIE-ANATOMIE
<b>SANSON</b> Amandine	ANESTHESIE REANIMATION
<b>TCHU HOI NGNO</b> Princia	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

### CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

<b>ALBOUYS</b> Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
<b>ARMENDARIZ-BARRIGA</b> Matéo	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
<b>AUBLANC</b> Mathilde	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>BAÏSSE</b> Arthur	REANIMATION POLYVALENTE

<b>BEEHARRY</b> Adil	CARDIOLOGIE
<b>BLOSSIER</b> Jean-David	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>BRISSET</b> Josselin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
<b>CHASSANG-BRUZEAU</b> Anne-Hélène	RADIOLOGIE
<b>CHAUVET</b> Romain	CHIRURGIE VASCULAIRE
<b>CISSE</b> Fatou	PSYCHIATRIE
<b>COMPAGNAT</b> Maxence	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>DE POUILLY-LACHATRE</b> Anaïs	RHUMATOLOGIE
<b>DESCHAMPS</b> Nathalie	NEUROLOGIE
<b>DEVAUX</b> Edouard	MEDECINE GERIATRIQUE
<b>DUVAL</b> Marion	NEPHROLOGIE
<b>EL OUAFI</b> Zhour	NEPHROLOGIE
<b>FAURE</b> Bertrand	PSYCHIATRIE d'ADULTES
<b>FAYEMENDY</b> Charlotte	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>FROGET</b> Rachel	CENTRE D'INVESTIGATION CLINIQUE (pédiatrie)
<b>GEYL</b> Sophie	GASTROENTEROLOGIE
<b>GHANEM</b> Khaled	ORL
<b>GILBERT</b> Guillaume	REANIMATION POLYVALENTE
<b>GUTTIEREZ</b> Blandine	MALADIES INFECTIEUSES
<b>HANGARD</b> Pauline	PEDIATRIE
<b>HARDY</b> Jérémy	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
<b>HESSAS-EBELY</b> Miassa	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
<b>LALOZE</b> Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
<b>LEGROS</b> Maxime	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>MAURIANGE TURPIN</b> Gladys	RADIOTHERAPIE

<b>MEUNIER</b> Amélie	ORL	
<b>MICLE</b> Liviu-Ionut	CHIRURGIE INFANTILE	
<b>MOWENDABEKA</b> Audrey	PEDIATRIE	
<b>PARREAU</b> Simon	MEDECINE INTERNE ET POLYCLINIQUE	
<b>PELETTE</b> Romain	CHIRURGIE UROLOGIE et ANDROLOGIE	
<b>PEYRAMAURE</b> Clémentine	ONCOLOGIE MEDICALE	
<b>PLAS</b> Camille	MEDECINE INTERNE B	
<b>QUILBE</b> Sébastien	OPHTALMOLOGIE	
<b>SIMONNEAU</b> Yannick	PNEUMOLOGIE	
<b>SURGE</b> Jules	NEUROLOGIE	
<b>TRICARD</b> Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE	et
	CARDIOVASCULAIRE	
	MEDECINE VASCULAIRE	
<b>VAIDIE</b> Julien	HEMATOLOGIE CLINIQUE	
<b>VERLEY</b> Jean-Baptiste	PSYCHIATRIE ENFANT ADOLESCENT	
<b>VIDAL</b> Thomas	OPHTALMOLOGIE	

### **CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE**

**BERTRAND** Adeline

**SEVE** Léa

### **PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE**

Néant

## Remerciements

---

### **Aux membres du jury,**

Madame le professeur Nathalie Dumoitier,

Vous m'avez accompagnée pendant ces 3 années de médecine générale que ce soit sur les terrains de stage ou pendant nos cours.

Madame le docteur Nadège Lauchet,

Merci pour ce premier stage d'observation où j'ai appris beaucoup à vos côtés, ainsi que lors de vos différents cours.

Monsieur le professeur Nubukpo Philippe,

Merci de m'avoir guidé dans mon projet de thèse. Je n'ai pas effectué d'étude interventionnelle ultra-brève comme vous me l'aviez suggéré mais votre rencontre en janvier dernier m'a éclairée sur mon type d'étude.

Monsieur le professeur Vincent François,

Merci pour toutes les connaissances que vous m'avez transmises lors de vos différents cours durant l'externat.

### **Aux membres du DUMG de Limoges,**

Merci pour vos cours qui nous ont permis d'avancer dans notre raisonnement de médecin et tout particulièrement de médecin généraliste.

Au docteur Karen Rudelle, qui m'a guidée dans mon projet de thèse au départ et dans l'analyse de ma population.

### **A tous mes professeurs rencontrés pendant mon externat,**

Merci pour la transmission de vos connaissances.

Et particulièrement un grand merci à l'ancien doyen, le professeur Valleix qui a été à la fois à l'écoute de ses étudiants et un grand professeur d'anatomie.

Un grand merci aussi au professeur Yves Robert le doyen actuel qui a su nous transmettre ses connaissances d'ophtalmologie et surtout pour sa grande humanité. Je me souviendrai longtemps de votre discours effectué lors de l'annonce de la fin des concours d'ECN en juillet 2017 : « Quelque soit votre classement, quelque soit la spécialité que vous choisirez, soyez fier de votre parcours, vous êtes des médecins. »

### **A mes directeurs de thèse,**

Monsieur le docteur Pierre-Jean Baudot, à la fois mon tuteur et mon directeur de thèse. Merci pour ce suivi durant ces 3 années. Ce fût un vrai bonheur de travailler avec toi. Tu as toujours été très ponctuel dans tes réponses et très patient avec moi qui parfois dérivait dans mon sujet de thèse ou dans mes recherches. Merci aussi pour ta gentillesse et ton partage.

Monsieur le docteur Sébastien Moreau, qui a su me guider dans mon projet de thèse et dans la simplification de celle-ci. Merci aussi pour ton aide dans mon projet d'installation. Cette collaboration à la maison médicale d'Argenton est une grande opportunité pour moi et je l'espère me permettra de choisir sur mon lieu d'installation.

### **Aux médecins ayant adhéré à l'étude,**

Merci de votre participation et de votre gentillesse. Cette thèse fut aussi l'occasion de vous rencontrer et de partager vos expériences.

### **A mes différents maîtres de stages et aux différents services m'ayant accueilli,**

Merci à l'équipe des urgences de Limoges avec qui j'ai passé d'excellents moments que ce soit pendant mon premier stage ou lors de la régulation pour le Covid en mars dernier.

Merci à tous mes maîtres de stage ambulatoire qui m'ont transmis leur façon d'exercer la médecine générale et permis d'avoir de solides bagages pour la pratique de cette spécialité. Merci tout particulièrement aux Dr Noinski, R'Kha'Chaham et Etile qui m'ont transmis leur savoir sur la pratique en médecine rurale. Merci au Dr Petit et à sa femme Sandrine chez qui j'ai été accueillie comme une reine et où j'ai appris de nombreuses choses lors de nos synthèses de fin de journée, certes longues mais riches en savoir.

Merci au service de cardiologie de Guéret : à ses docteurs et à ses infirmières avec qui j'ai passé un excellent stage. Un grand merci au Dr Mansour pour ces nombreux cours.

Merci au Dr Laroque et à Patricia la sage-femme du centre d'orthogénie. Ce bref passage en gynécologie a été très enrichissant.

Merci au Dr Pailleret pour la transmission de son calme et de son savoir-faire dans le suivi des nourrissons lors du stage en PMI à Guéret. Merci aussi à toute l'équipe des urgences pédiatriques de Limoges. Ce stage complet va me permettre d'être à l'aise en pédiatrie.

### **Aux médecins m'ayant fait confiance,**

Merci à tous les médecins du cabinet médical de Saint-Gaultier pour votre confiance m'ayant permis d'effectuer mon premier remplacement à vos côtés.

Merci aux médecins de la maison médicale d'Argenton sur creuse d'avoir accepté ma collaboration et particulièrement au Dr Patrice Guesne et au Dr Sébastien Moreau.

Merci aux Dr Brec et Barbier de Saint-Benoit-Du-Sault qui m'accompagnent aussi dans mon installation en acceptant la collaboration à vos côtés.

### **A mes co-internes avec qui j'ai eu le bonheur de partagé certains stages,**

Merci tout particulièrement à Loïc Picou, Samuel Caumes, Vincent Charbonnier avec qui j'ai passé d'excellents moments lors de mon stage aux urgences adultes.

Merci à Charlène Klintz pour ce stage aux urgences pédiatriques. C'était à chaque fois un plaisir de travailler avec toi.

### **Merci mes copines de Fac**

Sonia et Elodie avec qui j'ai passé 6 belles années d'externat avec un voyage de fin d'étude en Asie que l'on n'est pas prêt d'oublier. Merci à Faustine aussi avec qui j'ai passé de bons moments.

### **Merci à tous mes anciens colocataires qui m'ont supportée pendant mes études,**

A mes frères Julien et Flavien avec qui ces mois de collocation nous ont permis de nous rapprocher.

A Flavie, ma copine d'enfance et de toujours qui m'a accueillie à Jouillat lors de mon stage creusois.

A Pauline, qui a su me soutenir lors de cette dure période de confinement en mars dernier.

**Merci à mes amis en général,**

Un grand merci à toutes mes copines de Vineuil. Cette bouffée d'oxygène que je retrouvais tous les weekends par la pratique du foot et le partage de moments conviviaux m'a aidé énormément dans ces études longues. Je n'oublierai jamais tous ces partages extraordinaires.

A mes copines d'enfance et de lycée avec qui les moments sont devenus rares mais précieux : à Bibich, à Mimi, à ma Poulette, à Sab, à ma Lolor.

A tous les copains et copines de Guillaume, qui même si je râle parfois de trop vous voir, je vous adore.

A l'association la Marche Occitane, à ma coach adjointe Chloé, et à mes « gamines » qui m'ont soutenue sans le savoir lors de ma blessure au genou.

**A ma famille qui a toujours été là pour moi et sans qui je ne serai pas ici devant vous à ce jour.**

Merci à ma maman qui a toujours été là pour moi. Tu as été particulièrement déterminante pour ce départ en médecine. Sans toi je n'aurais même pas passé ce premier concours. Je me souviendrai longtemps de cet appel riche en émotions où tu m'as transmis les résultats du concours de PACES.

Merci à mes frères et à ma sœur avec qui je partage toujours des moments agréables. J'espère qu'on gardera encore longtemps cette complicité.

Merci à mes tatas et à mes tontons pour leur soutien important depuis le départ de mon papa. Mon papa me manque tous les jours, mais quelle chance de vous avoir à mes côtés dans mon quotidien. Un grand merci à ma tata Anne-Marie pour tes nombreuses relectures de cette thèse.

Merci à ma mamie Lulu, pour ce que tu représentes et pour tous tes bons petits plats. J'espère venir manger encore longtemps avec toi si je m'installe à Argenton.

Merci à mes cousines et mes cousins que j'adore.

**A mon chéri Guillaume,**

Merci pour ce que tu es et pour ton soutien quotidien. Mes heures passées devant cet ordinateur t'ont souvent ennuyé mais malgré tout tu as su être là et m'attendre pendant toutes ces années d'études. Quel bonheur de partager ton quotidien, qui sera bientôt nourri de notre futur enfant.

## Droits d'auteurs

---

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :  
« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »  
disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



## Table des matières

---

Table des illustrations.....	17
Table des tableaux.....	18
Liste des abréviations :.....	19
Introduction.....	20
I. Rappels :.....	21
I.1. Terminologie :.....	21
I.1.1. Alcoolisme : terme désuet ? .....	21
I.1.2. Troubles de l'usage du DSM-V :.....	21
I.1.3. Société française d'alcoologie :.....	21
I.1.3.1. Généralités : .....	21
I.1.3.2. Le mésusage à l'alcool :.....	22
I.1.3.3. Le risque alcool, un continuum de sévérité : .....	24
I.2. Seuils de consommation recommandés :.....	24
I.2.1. Selon l'OMS : .....	24
I.2.2. Selon Santé publique France et l'Institut national du cancer :.....	24
I.2.3. Evolution vers une recommandation de l'abstinence ? .....	25
I.3. Epidémiologie :.....	25
I.4. Repérage précoce du mésusage de l'alcool.....	27
I.4.1. Professionnels concernés :.....	27
I.4.2. Quand effectuer le repérage :.....	27
I.4.3. Comment effectuer ce repérage ? .....	27
II. Matériel et méthodes.....	30
II.1. Type d'étude :.....	30
II.2. Objectif de l'étude : .....	30
II.2.1 Objectif principal :.....	30
II.2.2. Objectifs secondaires : .....	30
II.3. Elaboration du questionnaire (cf. annexe 5) :.....	30
II-4- Population étudiée :.....	30
II-4-1- Critères d'inclusions :.....	30
II-4-2- Critères de non-inclusions :.....	30
II-4-3- Critères d'exclusions :.....	30
II-5- Déroulement de l'enquête :.....	31
II-5-1- Choix des médecins généralistes :.....	31
II-5-2-Rencontre des médecins : .....	31
II-5-3- Méthode de distribution :.....	31
II-5-4- Méthode de restitution :.....	31
II-5-5- Date de l'enquête :.....	32
II-5-6 : Analyse des données :.....	32
III- Résultats :.....	33
III-1- Population des répondants :.....	33
III-1-1- Participation :.....	33
III-1-2- Caractéristiques sociodémographiques de la population :.....	33
-III-1-3- Scores obtenus au questionnaire AUDIT :.....	35

III-2- Niveau de conscience de la population en mésusage selon AUDIT :.....	37
III-2-1- Description de la population en mésusage selon AUDIT :.....	37
III-2-2 Niveau de conscience du mésusage à l'alcool : .....	38
III-3 Etude descriptive des modes de consommation de l'alcool :.....	38
III-3-1-Evaluation de la fréquence de consommation de l'alcool : .....	38
III-3-2- Evaluation du nombre de verres consommés un jour ordinaire de consommation d'alcool :.....	40
III-3-3- évaluation de la fréquence des alcoolisations ponctuelles importantes :.....	40
III-4- Dialogue sur la consommation d'alcool entre médecin traitant et patient : .....	41
III-4-1- Interrogation du patient sur sa consommation d'alcool par le médecin traitant :.	41
III-4-2- Patients en mésusage : dialogue avec le médecin traitant ?.....	41
Discussion.....	42
IV-1- Forces et justification de l'étude : .....	42
IV-2- Limites :.....	42
IV- 3 Niveau de conscience du mésusage à l'alcool :.....	44
IV-4 Objectifs secondaires : .....	46
IV-4-1- Etude descriptive des patients en mésusage selon AUDIT :.....	46
IV-4-2- Etude descriptive des modes de consommations : .....	47
IV-4-2-1- Fréquence de la consommation d'alcool :.....	47
IV-4-2-2- Evaluation du nombre de verres consommés un jour ordinaire de consommation d'alcool :.....	48
IV-4-2-3 fréquence des API :.....	48
IV-4-3 Dialogue avec le médecin traitant : .....	48
IV-4-3-1- Interrogation des patients par leur médecin sur leur consommation d'alcool : .....	48
IV-4-3-2- Discussion du mésusage avec le médecin traitant :.....	49
Conclusions :.....	50
Bibliographie : .....	51
Annexes .....	54
Serment d'Hippocrate.....	64

## Table des illustrations

---

<u>Figure 1</u> : Pyramide de Skinner.....	24
<u>Figure 2</u> : Part des personnes dépassant les repères de consommation d'alcool en France métropolitaine en 2017 ; SPF .....	25
<u>Figure 3</u> : Indicateurs de consommation d'alcool selon l'âge et le sexe en France métropolitaine en 2017 ; SPF.....	26
<u>Figure 4</u> : Diagramme de flux des participants à notre étude.....	33
<u>Figure 5</u> : Effectif score AUDIT chez les hommes.....	35
<u>Figure 6</u> : Effectif score AUDIT chez les femmes.....	36
<u>Figure 7</u> : Répartition des usages de l'alcool selon score AUDIT.....	36
<u>Figure 8</u> : Fréquence de consommation de l'alcool au cours des 12 derniers mois selon le sexe.....	39

## Table des tableaux

---

<u>Tableau 1</u> : mortalité attribuable à l'alcool en 2015.....	26
<u>Tableau 2</u> : caractéristiques sociodémographiques de la population.....	34
<u>Tableau 3</u> : comparaison population Indre et nationale à notre étude, INSEE 2017.....	34
<u>Tableau 4</u> : Description population en mésusage de l'alcool selon AUDIT.....	37
<u>Tableau 5</u> : Description type de mésusage selon le sexe.....	37
<u>Tableau 6</u> : Niveau de conscience du mésusage selon différents paramètres.....	38
<u>Tableau 7</u> : Fréquence de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois.....	39
<u>Tableau 8</u> : Evaluation de l'abstinence selon l'âge.....	39
<u>Tableau 9</u> : Evaluation patient consommation de l'alcool au moins 4 fois par semaine selon l'âge.....	40
<u>Tableau 10</u> : Nombre de verres standards bus lors d'une journée ordinaire de consommation.....	40
<u>Tableau 11</u> : Evaluation de la fréquence des API.....	40
<u>Tableau 12</u> : Evaluation des patients avec au moins 1 API dans l'année selon l'âge.....	41

## Liste des abréviations :

---

**API** : Alcoolisation Ponctuelle Importante

**AUDIT** : Alcohol Use Disorders Identification Test

**AUDIT-C** : Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption

**CIM-10** : Classification Internationale des maladies 10<sup>ème</sup> révision

**DGS** : Direction Générale de la Santé

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

**DSM** : Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders

**DUMG** : Département Universitaire de Médecine Générale

**FACE** : Fast Alcohol Consumption Evaluation

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

**IST** : Infection Sexuellement Transmissible

**MSA** : Mutualité Sociale Agricole

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PMI** : Protection Maternelle Infantile

**RPIB** : Repérage Précoce et Intervention Brève

**SASPAS** : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

**SARS-CoV2** : Severe Acute Respiratory Syndrome-CoronaVirus2

**SFA** : Société Française d'Alcoologie

**SPF** : Santé Publique France

## Introduction

---

L'alcool est un problème majeur de santé publique responsable en France de 41 000 décès par an et est la 2ème cause de mortalité évitable après le tabac (1).

C'est la substance psychoactive la plus consommée en France.

L'alcool fait partie intégrante de notre culture, de notre patrimoine et de nos traditions. C'est un vrai tabou dans notre société avec notamment le vin qui est considéré comme une véritable identité française. Au XVIIIème siècle, Claude Charles Prost, homme politique important de l'époque disait : « l'amour de la patrie, vertu dominante des grandes âmes me saisit à l'aspect d'une bouteille de vin de Bourgogne » (2).

Outre cet aspect culturel et gastronomique, le vin représente un enjeu économique important dans notre pays et emploie plus d'un demi-million de personnes.

De ce fait, le discours public de l'Etat est partagé sur le sujet de l'alcool entre d'une part un discours sanitaire sur les dommages et leurs préventions et d'autre part un discours économique sur la filière et son développement. Ainsi en janvier 2020 et en janvier 2021, l'Etat français n'a pas soutenu le mois sans alcool alors qu'il soutient le mois sans tabac (2).

Comment devant cette ambiguïté les français peuvent-ils être conscients de leur mésusage à l'alcool ? Où se place le curseur entre la consommation simple et la consommation en mésusage ?

N'entendons-nous pas souvent lorsqu'on interroge les patients sur leur consommation d'alcool la réponse : « je bois comme tout le monde... ».

Les professionnelles de santé ont un rôle majeur afin de promouvoir le bon discours sur l'alcool. Le médecin généraliste étant souvent le premier acteur de santé du patient a une place prépondérante dans cette mission. Il doit repérer les problèmes de l'alcool tout au long de la vie d'un individu et de son parcours de santé.

Devant ces constats, nous nous sommes intéressés au niveau de conscience du mésusage de l'alcool de la population consultant en médecine générale dans l'Indre.

## **I. Rappels :**

---

### **I.1. Terminologie :**

#### **I.1.1. Alcoolisme : terme désuet ? (3)**

Il existe de nombreuses définitions de l'« alcoolisme », variables selon les époques. Ce mot a été créé en 1849 par un médecin suédois, le Docteur Magnus HUSS, remplaçant ainsi le terme d'« ivrognerie », tout en conservant un certain caractère péjoratif. A cette époque, et avant même la création du mot « alcoolisme », deux notions se dégagent déjà : la dépendance, et les conséquences liées à une consommation excessive de boissons alcoolisées. Longtemps considéré comme une dégénérescence morale, l'alcoolisme a été progressivement reconnu comme une véritable maladie. Les premiers Manuels diagnostiques et statistiques des troubles mentaux (DSM-1 en 1952 et DSM-2 en 1968) le classaient dans les troubles de la personnalité et névroses, sans critère diagnostique. C'est avec la publication du DSM-3 en 1980 que le terme d'alcoolisme est progressivement abandonné, avec dichotomisation en « abus d'alcool » et « dépendance à l'alcool », au même titre que d'autres substances addictives.

#### **I.1.2. Troubles de l'usage du DSM-V :**

En 2013, l'Association Américaine de psychiatrie proposait une nouvelle classification des troubles mentaux dans son DSM-V (4).

Les critères d'addiction à une substance ont été revus. Il n'y a plus de distinction comme dans le DSM-IV entre abus et dépendance. Tout est regroupé dans une seule entité appelé trouble de l'usage d'une substance. La substance peut être diverse : alcool, tabac, drogues, jeu... Pour parler de troubles de l'usage d'une substance, il faut avoir au moins 2 items parmi les 11 proposés (cf. annexe 1).

Aucun critère quantitatif n'est retrouvé dans ces derniers. Le trouble de l'usage est donc défini uniquement par des critères qualitatifs. Il correspond à une relation pathologique que le sujet développe avec le produit sans préjuger de la dose quotidienne consommée (5) (6) (1).

#### **I.1.3. Société française d'alcoologie (6) :**

##### **I.1.3.1. Généralités :**

En pratique, c'est le niveau de consommation qui permet d'identifier le niveau de risque, soit un critère quantitatif. Cette consommation est évaluée par le nombre de verres standards avec une unité standard équivalent à 10 g d'alcool pur. Selon le type de boissons alcoolisées, la quantité varie pour obtenir la même unité standard (7):



L'OMS et la Société Française d'Alcoologie utilise la notion d'usage à risque qui n'existe pas dans le DSM-V. Les dernières recommandations de bonnes pratiques de la Société Française d'Alcoologie datent de 2014. Elle considère 5 catégories d'usage de l'alcool :

- Le non-usage ou abstinence
- L'usage simple ou à faible risque
- L'usage à risque
- L'usage nocif
- L'usage avec dépendance

Mésusage de l'alcool

Ces 3 premières, soit le non-usage ou abstinence, l'usage simple ou à faible risque et l'usage à risque sont asymptotiques, c'est-à-dire sans conséquences manifestes de l'usage.

Les formes symptomatiques qui se traduisent par des conséquences visibles sur le plan social, psychologique ou médical, sont l'usage nocif et l'usage avec dépendance. Ils sont regroupés dans une entité appelée « troubles liés à l'usage de l'alcool ».

- Usage simple ou à faible risque :

C'est une consommation à la fois asymptotique et inférieure aux seuils recommandés (cf. ci-dessous).

### 1.1.3.2. Le mésusage à l'alcool :

Le mésusage à l'alcool rassemble les types d'usage qui entraînent des conséquences négatives et ceux qui sont à risque d'en entraîner. Il comprend 3 catégories :

- L'usage à risque
  - L'usage nocif
  - L'usage avec dépendance.
- Usage à risque :

C'est la forme la moins sévère du mésusage. Cette forme d'usage est asymptotique mais est susceptible d'entraîner à plus ou moins long terme des dommages.

Elle correspond à un usage au-dessus des seuils recommandés par l’OMS et/ou une consommation d’alcool dans des situations à risques tel que :

- Conduite de véhicule, travail sur machine dangereuse
  - Poste de sécurité
  - Consommation rapide ou associée à d’autres substances psychoactives
  - Pathologies organiques ou psychiatriques associées
  - Modification de la tolérance du consommateur en raison de l’âge, du faible poids, du sexe, des médications associées, de l’état psychologique...
  - Situations physiologiques particulières : grossesse, états de fatigues....
- Usage nocif :

Selon la CIM-10, il s’agit d’un mode de consommation d’une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé par ses complications qui peuvent être physiques ou psychiques. Le patient ne répond pas aux critères de la dépendance.

- Usage avec dépendance :

On parle d’usage avec dépendance lorsqu’il y a une perte de la maîtrise de la consommation.

L’usage avec dépendance ne se définit donc ni par rapport à un seuil ou une fréquence de consommation, ni par l’existence de dommages induits, qui néanmoins sont souvent associés.

Selon la CIM 10, il se définit par au moins trois des manifestations suivantes, qui doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

- Désir puissant ou compulsif d’utiliser une substance psychoactive.
- Difficultés à contrôler l’utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d’utilisation).
- 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.
- 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).
- Abandon progressif d’autres sources de plaisir et d’intérêt 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.
- 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.

### I.1.3.3. Le risque alcool, un continuum de sévérité :

La pyramide de Skinner (6) nous résume ces 5 catégories d'usage :

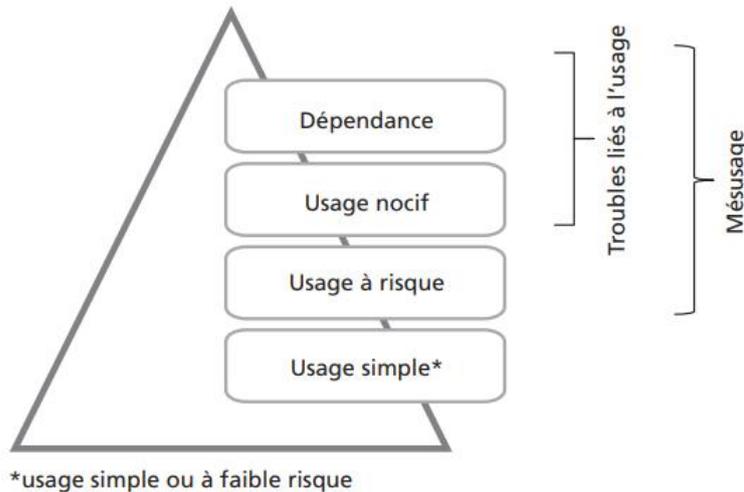


FIGURE 1: PYRAMIDE DE SKINNER

Il existe un continuum chez les consommateurs d'alcool : ils peuvent changer de catégories d'usage au cours de leur vie, que ce soit à un niveau inférieur ou supérieur. Il est donc important d'évaluer régulièrement la catégorie du patient afin de l'aider au mieux dans sa consommation d'alcool. En effet, le discours et la prise en charge seront différents selon la catégorie d'usage.

## I.2. Seuils de consommation recommandés :

### I.2.1. Selon l'OMS :

Les seuils recommandés par l'OMS sont les suivants :

- Jamais plus de 4 verres par occasion pour l'occasion ponctuelle
- Pas plus de 21 verres par semaine pour l'usage régulier chez l'homme
- Pas plus de 14 verres par semaine pour l'usage régulier chez la femme
- S'abstenir au moins un jour par semaine de toute consommation d'alcool

### I.2.2. Selon Santé publique France et l'Institut national du cancer (8) (9) :

En 2017, un groupe d'expert mandaté par Santé publique France et l'Institut national du cancer a émis de nouvelles recommandations sur la consommation d'alcool. Les risques augmentent avec la quantité consommée, que ce soit :

- A long terme : cirrhose du foie, certains cancers des voies aérodigestives, du foie et du sein, certaines maladies cardiovasculaires comme l'HTA (hypertension artérielle) et les AVC (accidents vasculaires cérébraux).
- A court terme : traumatismes intentionnels (suicides, rixes...) et non intentionnels (accidents de la voie publique...).

Pour les personnes consommant de l'alcool, il est recommandé de consommer :

- Pas plus de 10 verres standards par semaine
- Pas plus de 2 verres par jour
- Avoir des jours dans la semaine sans consommation.

Les recommandations sont les mêmes quel que soit le sexe.

### I.2.3. Evolution vers une recommandation de l'abstinence ?

La revue médicale internationale The Lancet a publié une étude qui démontre que la consommation d'alcool a un impact négatif sur la durée de vie en bonne santé, quelle que soit la quantité consommée (10). Ainsi l'alcool serait nuisible dès le premier verre. On ne parle plus d'effet protecteur cardiovasculaire pour des faibles doses.

### I.3. Epidémiologie (1) :

En se basant sur les seuils recommandés par Santé Publique France et l'institut national du cancer, une enquête réalisée en France en 2017 au niveau de la population générale montrait que 23,6 % des 18-75 ans déclaraient une consommation qui dépasse le repère de consommation sur au moins une dimension.

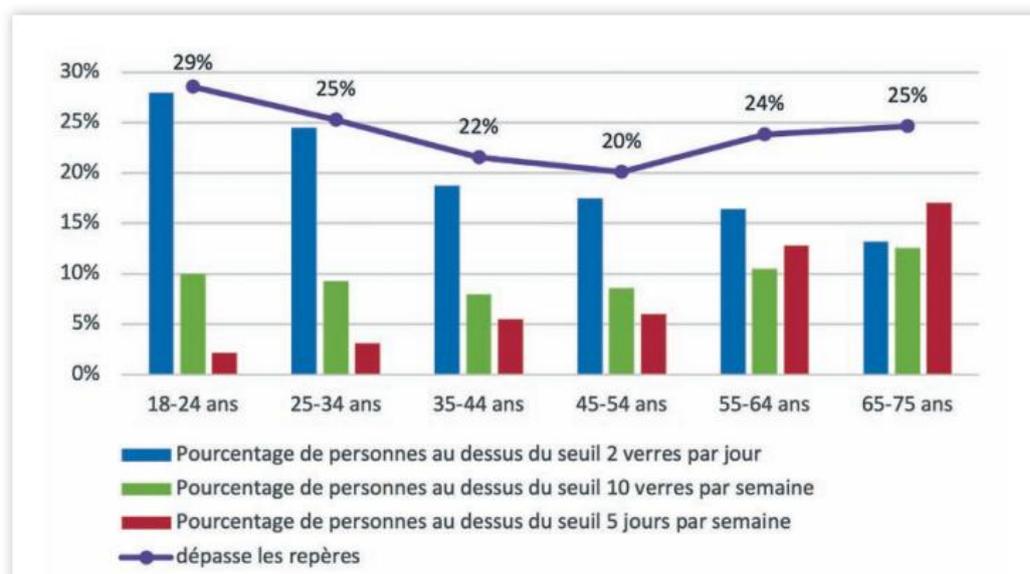


FIGURE 2: PART DES PERSONNES DEPASSANT LES REPERES DE CONSOMMATION D'ALCOOL EN FRANCE METROPOLITAINE EN 2017 ; SPF 2017

L'étude de SPF de 2017 montrait par ailleurs que la consommation d'alcool est plus importante chez les hommes que chez les femmes. Par ailleurs, la prévalence de l'alcoolisation ponctuelle importante, c'est-à-dire la consommation de plus de 6 verres standards en une seule fois, était de 35.2% dans l'année.

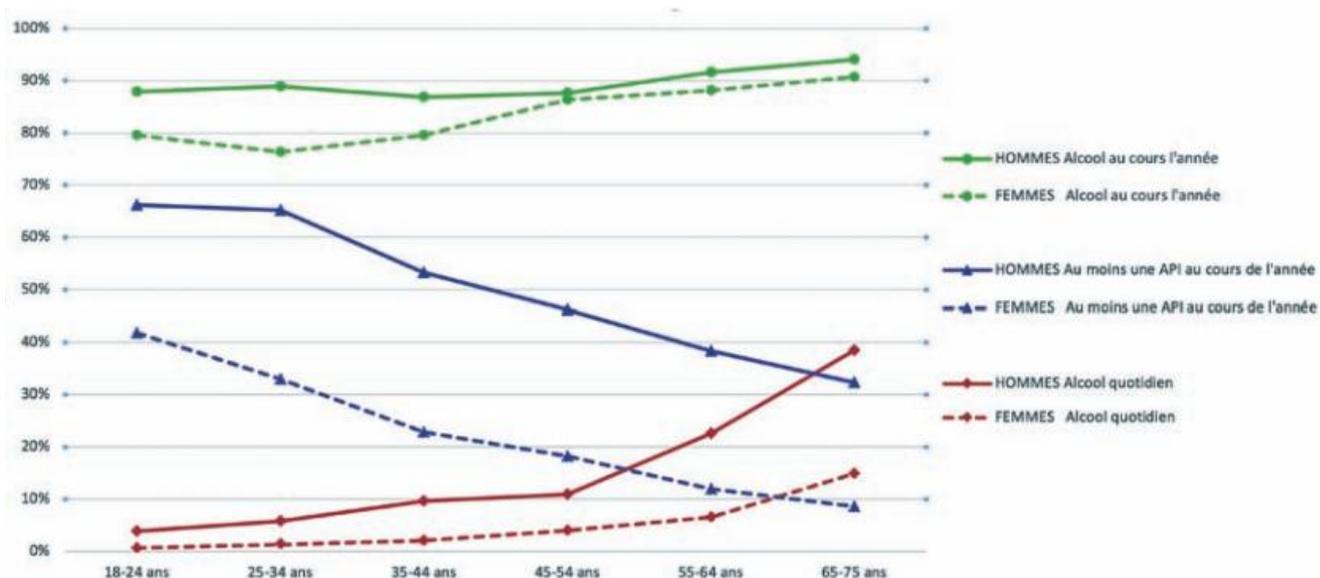


FIGURE 3: INDICATEURS DE CONSOMMATION D'ALCOOL SELON L'ÂGE ET LE SEXE EN FRANCE METROPOLITAINE EN 2017 ; SPF

Ces 2 derniers graphiques nous montrent que les modes de consommation variaient fortement avec l'âge : les jeunes consommaient moins souvent de l'alcool mais, lorsqu'ils le faisaient, ils consommaient des quantités plus importantes que les plus âgés. Ainsi les personnes âgées ont tendance à consommer plus fréquemment de l'alcool mais en quantité moindre par rapport aux jeunes.

L'alcool est un vrai problème de santé publique. En effet, en 2015 en France, il a été responsable de 41 000 décès dont 39 % par cancer, 24 % par maladies cardiovasculaires, 17 % par maladies digestives (essentiellement par cirrhose du foie), 7 % par autres maladies et 13 % par accidents et suicides.

TABLEAU 1: MORTALITE ATTRIBUABLE A L'ALCOOL EN 2015

Localisation	Hommes	Femmes	Total
<b>Cancer</b>	12 400	3 600	16 000
<b>Maladies cardiovasculaires</b>	5 900	4 000	9 900
<b>Accidents et suicides</b>	4 600	900	5 500
<b>Maladies digestives</b>	5 000	1 800	6 800
<b>Autres maladies</b>	2 600	400	3 000
<b>Total</b>	30 000	11 000	41 000

Pourtant, moins de 10 % des patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool bénéficient de soins addictologiques (6) (11).

Il est donc primordial de repérer ces patients en mésusage de l'alcool afin de les intégrer dans un parcours de soins.

#### **I.4. Repérage précoce du mésusage de l'alcool**

##### **I.4.1. Professionnels concernés :**

Tous les professionnels de santé sont concernés mais les médecins généralistes étant souvent les premiers acteurs de santé du patient ont un rôle prépondérant dans ce repérage.

##### **I.4.2. Quand effectuer le repérage :**

L'usage à risque, qui est la première forme du mésusage de l'alcool peut être longtemps asymptomatique. De plus, les indicateurs biologiques se positivent assez tardivement. Il ne faut donc pas attendre ces signes d'appels évocateurs pour penser à repérer un mésusage de l'alcool. La HAS et la société française d'alcoologie recommandent donc de l'effectuer dans les cas suivants (6) (12) :

- Lors des examens de routine, si possible une fois par an
- Lors de la prescription d'un médicament connu pour interagir avec de l'alcool : antibiotique, antidépresseur, benzodiazépine, antihistaminique, antalgique opiacé, anti-inflammatoire, anticoagulant.
- Lors d'un passage aux urgences
- Chez les femmes enceintes ou avec un désir de grossesse
- Chez des personnes à haut risque de consommation en excès : fumeurs, adolescents et jeunes adultes
- Chez des personnes ayant des problèmes de santé souvent liés à la consommation excessive d'alcool : hypertension artérielle, arythmie cardiaque, dyspepsie, maladie du foie, dépression ou anxiété, insomnies, traumatisme
- Chez des personnes ayant une pathologie chronique résistante aux traitements : douleurs chroniques, diabète, troubles gastro-intestinaux, dépression, cardiopathie, hypertension artérielle.

Ce repérage doit être répété dans le temps car la consommation du patient peut évoluer.

##### **I.4.3. Comment effectuer ce repérage ?**

Le repérage fait intervenir au minimum la consommation déclarée d'alcool du patient. De plus, lorsque cela est possible, il consiste à proposer des questionnaires validés. Il en existe plusieurs validés dans le monde entier, mais nous détaillerons seulement les 3 les plus utilisés en France : AUDIT, AUDIT-C et FACE (13) (6) (14). La haute performance de ces derniers permet à l'HAS et à la société française d'alcoologie de les recommander comme outils pour l'aide au repérage du mésusage de l'alcool.

- Questionnaire AUDIT (cf. annexe 2) :

Le questionnaire AUDIT qui signifie « Alcohol Use Disorder Identification Test » a été mis en place par l’OMS en 1993 suite à un groupe de travail dans 6 pays se mobilisant pour développer un programme de réduction du risque d’alcool via la médecine générale (15) (16).

C’est un auto-questionnaire composé de 10 questions dont le score varie de 0 à 40 points. Il est validé par l’OMS et dans de nombreux pays dont la société française d’alcoolologie. C’est un outil de dépistage qui évalue à la fois la consommation d’alcool et le rapport à l’alcool sur les 12 derniers mois. Il permet ainsi de repérer 3 niveaux de risque de la consommation d’alcool :

Score	Interprétations
<7 chez l’homme <6 chez la femme	Faible risque : abstinence ou consommation sous le seuil de risque
≥7 et <12 chez l’homme ≥6 et <12 chez la femme	Risque élevé : consommation excessive sans symptômes de dépendance -> usage à risque ou usage nocif
≥12 chez l’homme ou la femme	Alcoolodépendance probable

C’est un outil très performant pour le dépistage des consommateurs à risque ou des patients dépendants à l’alcool. De plus, une étude allemande récente a montré sa validité pour détecter les troubles de l’usage à l’alcool du DSM-V (17).

De plus, si on analyse ce test, il est divisé en 3 parties :

- Les 3 premières questions évaluent la consommation d’alcool
- Les questions 4 à 6 sont un indicateur de la dépendance à l’alcool
- Les questions 7 à 10 sont un indicateur des problèmes liés à l’alcool.

- Questionnaire AUDIT-C (cf. annexe3) (17) (6) :

Ce questionnaire a été mis en place quelques années après le questionnaire AUDIT. C’est en fait une version simplifiée de ce dernier. En effet, il est composé des 3 premières questions du questionnaire AUDIT. Il évalue donc seulement la consommation d’alcool et non le rapport du patient à l’alcool.

Toutefois, sa validité a été confirmée dans de nombreuses études et il est même considéré comme plus performant que le questionnaire AUDIT complet pour la détection des consommateurs à risque. Cependant le questionnaire AUDIT complet est plus adapté pour repérer les patients avec des troubles de l’usage : qu’il soit faible, modéré ou sévère (17) (16).

Score	Interprétation
≥3 chez la femme ≥4 chez l’homme	Evocateur d’un mésusage de l’alcool sans dépendance : usage à risque ou nocif
≥ 10 chez la femme ou l’homme	Evocateur d’une dépendance à l’alcool

- Questionnaire FACE (cf. annexe 4) :

Le questionnaire FACE (14) est inspiré du questionnaire AUDIT et a été développé dans les années 2000 par l'équipe du programme « Boire moins c'est mieux ». C'est un hétéro-questionnaire simplifié et utilisable par le médecin en consultation. En effet, il est composé uniquement de 5 questions permettant un abord rapide de la consommation d'alcool du patient et la recherche de signes de dépendance. Il est lui aussi validé pour le repérage précoce du mésusage de l'alcool.

Score	Interprétation
<5 chez la femme <4 chez l'homme	Risque faible ou nul : abstinence ou consommation sous le seuil de risque
≥4 chez la femme ≥5 chez l'homme	Risque élevé : consommation excessive sans symptômes de dépendance
>8 chez l'homme et la femme	Evocateur d'une dépendance à l'alcool

- Choix du questionnaire selon l'HAS :

En France, l'HAS recommande dans le cadre du RPIB (repérage précoce et intervention brève), l'utilisation du questionnaire FACE en 1<sup>ère</sup> intention (12).

## **II. Matériel et méthodes**

---

### **II.1. Type d'étude :**

Il s'agissait d'une étude épidémiologique quantitative descriptive basée sur des données déclaratives obtenues par auto-questionnaire.

### **II.2. Objectif de l'étude :**

#### **II.2.1 Objectif principal :**

L'objectif principal de ce travail était d'évaluer la méconnaissance du mésusage à l'alcool des patients consultant dans certains cabinets de médecine générale de l'Indre.

#### **II.2.2. Objectifs secondaires :**

Plusieurs objectifs secondaires ont découlé de cette étude :

- Une étude descriptive des patients en mésusage.
- Une étude descriptive des modes de consommation.
- Une évaluation du dialogue avec le médecin traitant sur la thématique de l'alcool.

### **II.3. Elaboration du questionnaire (cf. annexe 5) :**

Le questionnaire était composé de 15 à 17 questions fermées :

- Questions 1-2-3 : les données socio-démographiques : âge, sexe, catégories socio-professionnelles.
- Questions 4-5 : antécédents de sevrage à l'alcool du patient et antécédents de discussion ou non avec le médecin traitant sur la consommation d'alcool.
- Questions 6 à 15 : questionnaire AUDIT
- Questions 16-17 : concernent uniquement les patients en mésusage de l'alcool selon le score AUDIT afin d'évaluer leur état de conscience de ce dernier et s'ils seraient prêts à en discuter avec leur médecin traitant.

Ce questionnaire était anonyme.

### **II-4- Population étudiée :**

#### **II-4-1- Critères d'inclusions :**

La population étudiée était les patients  $\geq 18$  ans consultant dans certains cabinets de médecine générale du département de l'Indre.

#### **II-4-2- Critères de non-inclusions :**

Les critères de non-inclusions étaient les suivants :

- Patients mineurs
- Patients vus en visite

#### **II-4-3- Critères d'exclusions :**

Quelques questionnaires ont été exclus pour les raisons suivantes :

- Un refus du patient de remplir le questionnaire

- Des questionnaires incomplets
- Un patient en cours de sevrage à l'alcool

## **II-5- Déroulement de l'enquête :**

### **II-5-1- Choix des médecins généralistes :**

Après avoir contacté l'Ordre des médecins du département de l'Indre afin d'accéder à la liste des médecins généralistes de ce département, il m'avait orientée vers leur annuaire disponible sur internet (18). Au total, 252 médecins généralistes y étaient recensés dont 152 installés en cabinet.

Afin d'essayer de représenter au mieux la population de l'Indre, mon objectif était de trouver 18 médecins généralistes du département dont certains exercent en zone rurale, d'autres en zone urbaine.

Ces derniers ont été contactés par téléphone afin de leur présenter rapidement le projet de thèse et avoir leur accord ou non pour la distribution de l'auto-questionnaire.

Parmi ces 18 médecins :

- 10 exerçaient en milieu urbain (1 à Châteauroux, 2 à Argenton sur Creuse, 1 au Blanc, 1 au Poinçonnet, 2 à Saint-Maur, 3 à Villedieu).
- 8 en milieu rural (2 à Saint-Benoît du Sault, 1 à Chaillac, 1 à Belâbre, 3 à Saint Gaultier, 1 à Azay-le-ferron)

### **II-5-2-Rencontre des médecins :**

Les médecins ont ensuite été rencontrés sur rendez-vous afin de leur présenter plus en détails la thèse en insistant sur les modalités de distribution respectant la randomisation. Chaque médecin recevait une fiche récapitulative (cf. annexe 6) des informations données oralement.

### **II-5-3- Méthode de distribution :**

Chaque médecin devait distribuer 20 auto-questionnaires de manière aléatoire. La méthode de distribution aléatoire était laissée au choix du médecin mais devait être prédéfinie en amont par celui-ci afin de respecter le hasard.

L'auto-questionnaire était distribué obligatoirement en consultation au cabinet, les visites étant exclues. De plus, il était distribué en fin de consultation et le patient était invité à le remplir seul soit dans la salle d'attente, soit à son domicile.

Une exception a eu lieu à la maison médicale de Saint-Maur où la distribution s'est effectuée par la secrétaire pour les 20 premiers patients du 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> médecin en une seule journée.

### **II-5-4- Méthode de restitution :**

Le patient était informé des 3 modalités de restitution de ce questionnaire anonyme :

- Soit dans la boîte à lettres
- Soit dans une urne fermée installée au cabinet
- Soit directement à son médecin traitant s'il souhaitait discuter des résultats avec lui, l'anonymat étant alors rompu.

### **II-5-5- Date de l'enquête :**

Une phase de pré-test auprès de médecins généralistes volontaires a été réalisée. Puis, les questionnaires ont été distribués de fin mai à mi-juin 2020.

Tous les médecins ont été ensuite appelés autour du 31 juillet 2020 pour savoir où ils en étaient dans la distribution et la récupération des questionnaires. Certains avaient terminés et les questionnaires ont pu alors être collectés à ce moment-là. Pour les autres, un délai supplémentaire de 2 mois a été laissé. Le 23 septembre, tous les questionnaires étaient récupérés.

### **II-5-6 : Analyse des données :**

Les données des questionnaires ont été saisies dans des tableaux Excel par l'investigatrice.

Le DUMG de Limoges a été contacté afin de connaître la nécessité ou non d'un calcul de représentativité. Du fait du faible niveau de preuve de notre étude, ces derniers n'ont finalement pas été calculés.

### III- Résultats :

#### III-1- Population des répondants :

##### III-1-1- Participation :

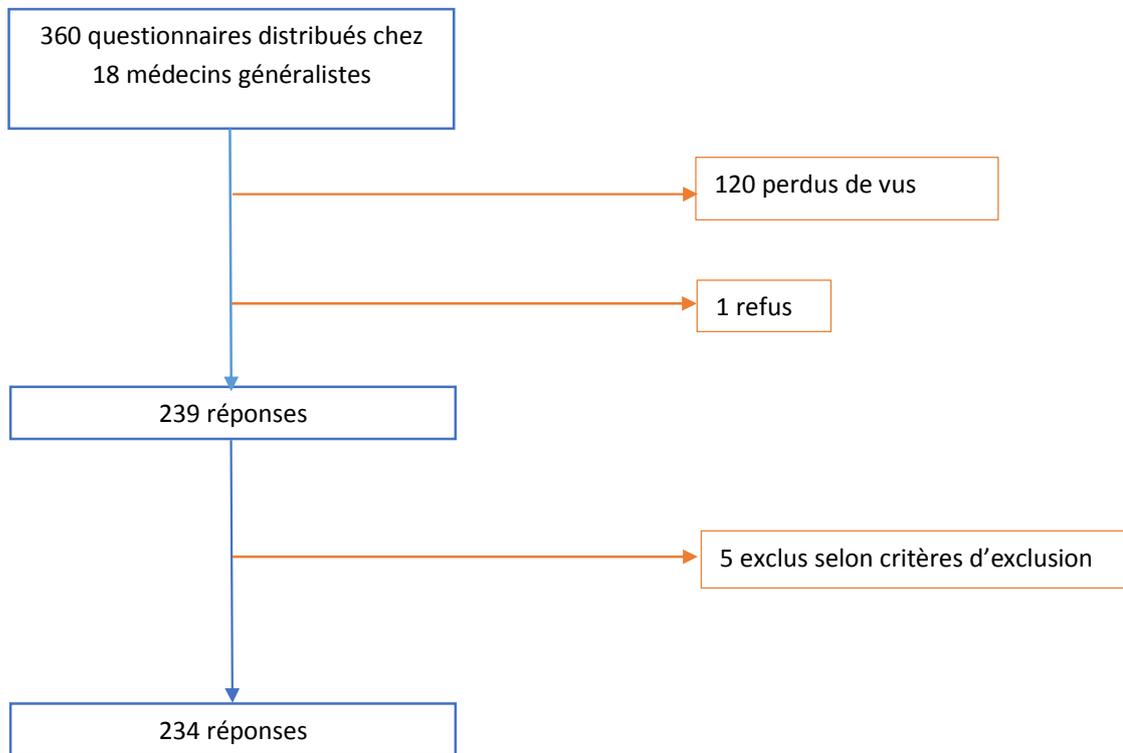


FIGURE 4: DIAGRAMME DE FLUX DES PARTICIPANTS A NOTRE ETUDE

239 questionnaires ont été récupérés, soit un taux de participation de 66.4% pour notre étude. Toutefois, seulement 234 questionnaires ont pu être analysés car 5 ont été exclus : 4 dont les questionnaires étaient incomplets, 1 car le patient était en cours de sevrage.

##### III-1-2- Caractéristiques sociodémographiques de la population :

TABLEAU 2: CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION

		Effectif	Pourcentage
Sexe	Femme	116	49.6%
	Homme	118	50.4%
Catégorie socio-professionnelle	Étudiant	2	0.8%
	Actif	102	43.6%
	Sans-emploi	13	5.6%
	Retraité	117	50%
Age	18-24	8	3.4%
	25-34	18	7.7%
	35-44	16	6.8%
	45-54	38	16.2%
	55-64	58	24.8%
	65-75	70	30%
	>75	26	11.1%
Origine démographique	Rural	102	43.6%
	Urbain	132	56.4%

La population était composée de 50.4% d'hommes et 49.6% de femmes.

L'âge moyen de notre population était de 58.3 ans avec une médiane à 61 ans.

La population de moins de 44 ans était peu représentée avec moins de 18 % de l'effectif. A contrario, la population entre 45 et 54 ans représentait à elle seule 16.2% de l'effectif. Les 2 populations les plus représentées étaient celles entre 55 et 64 ans et entre 65 et 75 avec plus de 25% de l'effectif dans ces tranches d'âge.

102 patients étaient issus du secteur rural et 132 du secteur urbain soit respectivement 43.6% et 56.4% de la population de l'étude.

Les caractéristiques sociodémographiques de notre population d'étude ont été comparées à celle de l'Indre et de la France à l'aide des données INSEE de 2017 :

TABLEAU 3: COMPARAISON POPULATION INDRE ET NATIONALE A NOTRE ETUDE, INSEE 2017

Paramètres population	Notre étude	Données INSEE Indre	Données INSEE national
Hommes	50.4%	48.2%	48.4%
Femmes	49.6%	51.8%	51.6%
Actifs ayant un emploi	43.6%	64.1%	63.7%
Chômeurs	5.6%	9.6%	10.3%
Elèves, étudiants et stagiaires non rémunérés	0.8%	7.5%	10.6%
Autres inactifs		8.7%	8.7%
Retraités	50%	10.1%	6.7%
15-29 ans	6.9%	13.5%	17.6%
30-44 ans	11.1%	15.6%	18.8%
45-59 ans	25.6%	21%	19.9%
60-74 ans	42.3%	20.9%	16.2%
≥ 75 ans	14.1%	13.8%	9.3%

Les patients âgés de plus de 60 ans représentaient 56.4% de l'effectif de notre étude alors que leur taux était de 34.7% dans l'Indre et de 25.5% au niveau national. Ainsi, les retraités étaient représentés à 50% dans notre étude contre 10.1% dans l'Indre et 6.7 % au niveau national.

Les patients de moins de 29 ans représentaient 6.9% de l'effectif de notre étude alors que leur taux était de 13.5% dans l'Indre et de 17.6% au niveau national. Ainsi les étudiants représentaient moins de 1% de l'effectif contre 7.5% dans l'Indre et 10.6% au niveau national.

### -III-1-3- Scores obtenus au questionnaire AUDIT :

L'interprétation du score AUDIT est différente selon le sexe. Les 2 figures suivantes résument les effectifs des scores AUDIT obtenus par les hommes et femmes de l'étude avec une stratification du risque :

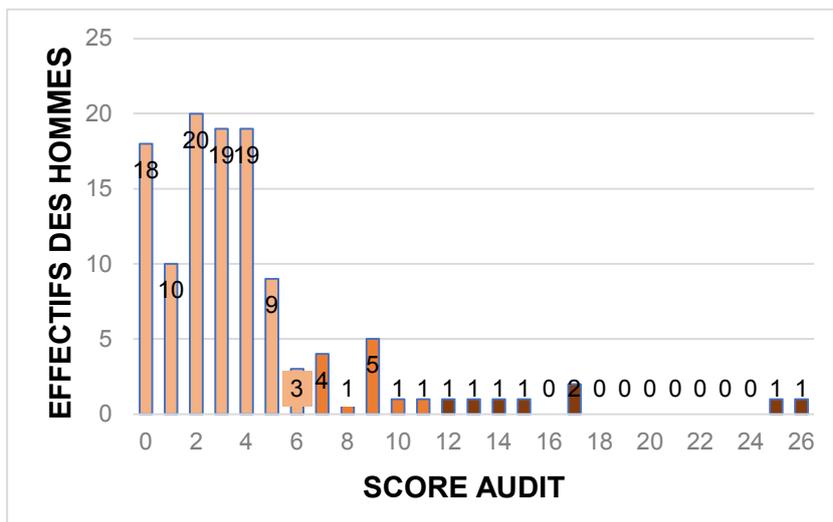


FIGURE 5: EFFECTIFS SCORE AUDIT DES HOMMES

	Faible risque
	Risque élevé
	Alcoolodépendance probable

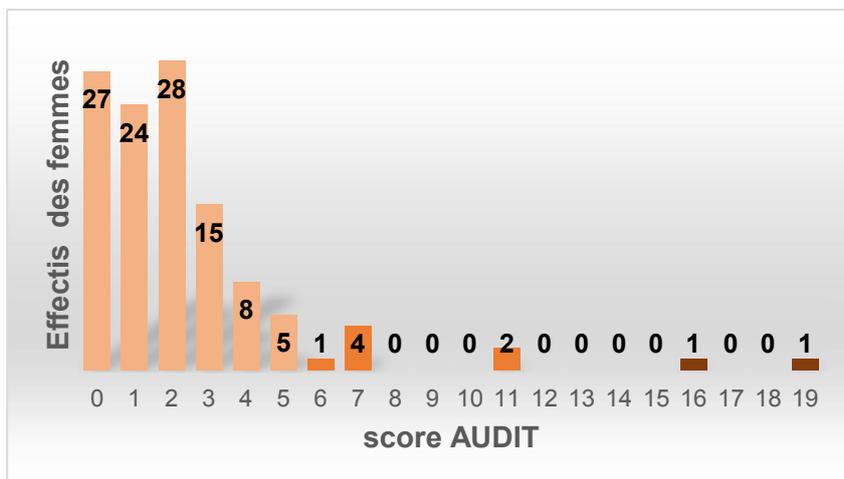


FIGURE 6: EFFECTIFS SCORE AUDIT DES FEMMES

205 patients de notre étude avaient un score Audit en faveur d'un usage à faible risque de l'alcool, soit 88% de notre effectif. 107 étaient des femmes et 98 des hommes.

29 étaient en mésusage de l'alcool selon le score AUDIT dont :

- 19 à risque élevé : 7 femmes et 12 hommes.
- 10 avec une alcoolodépendance probable : 2 femmes et 8 hommes.

Sur l'ensemble de notre population, on retrouvait donc les proportions suivantes :

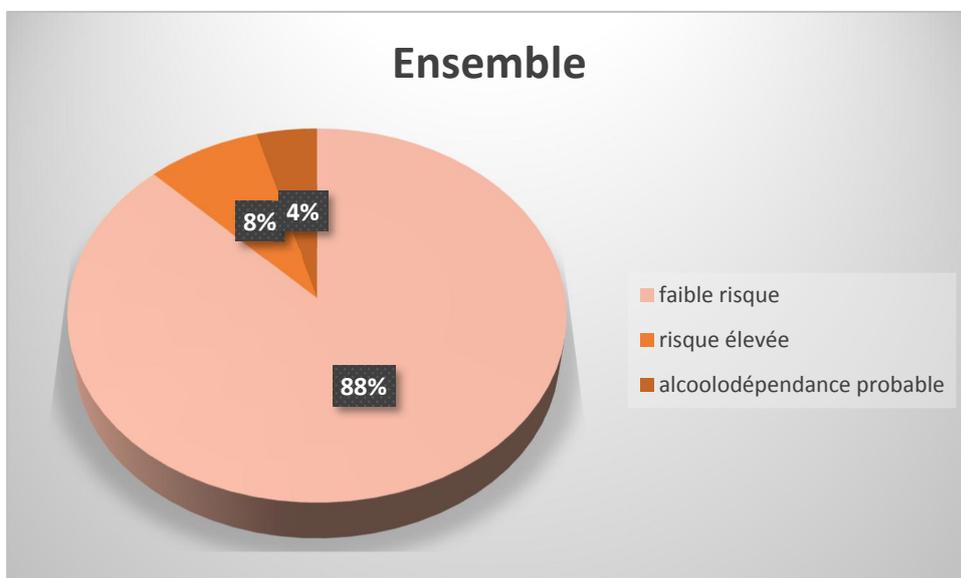


FIGURE 7: REPARTITIONS DES USAGES DE L'ALCOOL DE NOTRE POPULATION SELON AUDIT

## III-2- Niveau de conscience de la population en mésusage selon AUDIT :

### III-2-1- Description de la population en mésusage selon AUDIT :

TABLEAU 4 : DESCRIPTION POPULATION EN MESUSAGE SELON AUDIT

		Effectif	Pourcentage
Sexe	Femme	9	31%
	Homme	20	69%
Catégorie socio-professionnelle	Étudiant	0	0%
	Actif	22	75,9%
	Sans-emploi	0	0%
	Retraité	7	24.1%
Age	[18-24]	2	25%
	[25-34]	5	27.8%
	[35-44]	0	0%
	[45-54]	10	26.3%
	[55-64]	6	10.3%
	[65-75]	6	8.6%
	>75	0	0%
Secteur	Urbain	14	48.3%
	Rural	15	51.7%

Les patients en mésusage selon AUDIT étaient composés de 69% d'hommes et 31% de femmes.

Socio-professionnellement, aucun étudiant ou patient sans-emploi n'était en mésusage de l'alcool selon AUDIT. Ces derniers étaient composés de 75.9% d'actifs et 24.1% de retraités.

Environ ¼ des patients des catégories d'âge 18-24 ans, 25-34ans et 45-54 ans étaient en mésusage de l'alcool. Moins de 10% des patients de 55-64 ans et de 65-75 ans étaient en mésusage de l'alcool. Aucun patient des catégories d'âge 35-44 ans et plus de 75 ans n'était en mésusage à l'alcool.

L'âge moyen des patients en mésusage de l'alcool dans notre étude était de 50.7 ans.

Les patients en mésusage selon AUDIT étaient issus du secteur urbain pour 48.3% et du secteur rural pour 51.7%.

L'analyse du mésusage selon le sexe donne le tableau suivant :

TABLEAU 5 : DESCRIPTION TYPE DE MESUSAGE SELON LE SEXE

Selon Audit	Hommes	Femmes
Mésusage	20 (17%)	9 (7.7%)
Risque élevé	12 (10.2%)	7(6%)
Alcoolodépendance probable	8 (6.8%)	2 (1.7%)

Les hommes et les femmes en mésusage de l'alcool étaient majoritairement dans un usage à risque élevé qu'une alcoolodépendance mais le taux d'alcoolodépendance était plus important chez les hommes (6.8%) que chez les femmes (1.7%).

### III-2-2 Niveau de conscience du mésusage à l'alcool :

Dans cette étude, 29 patients avaient un score AUDIT en faveur d'un mésusage. Parmi eux, 13 patients étaient conscients de leur mésusage contre 16 non conscients, soit respectivement 44.8% et 55.2%.

Le tableau suivant étudie le niveau de conscience de ces patients en mésusage selon différents paramètres :

TABLEAU 6: NIVEAU DE CONSCIENCE DU MESUSAGE SELON DIFFERENTS PARAMETRES

	Conscient	Non conscient
Femme	5	4
Homme	8	12
Actif	11	11
Retraité	2	5
Usagers à risque	9	10
Alcoolodépendance probable	4	6
[18-24]	0	2
[25-34]	2	3
[35-44]		
[45-54]	6	3
[55-64]	3	4
[65-75]	2	3
>75		1
Rural	7	8
Urbain	6	8

### III-3 Etude descriptive des modes de consommation de l'alcool :

#### III-3-1-Evaluation de la fréquence de consommation de l'alcool :

La question 6 du questionnaire évalue la fréquence de consommation de notre population d'étude. Ceci est résumé dans le tableau suivant :

TABLEAU 7: FREQUENCE CONSOMATION D'ALCOOL AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

Fréquence	Total	Hommes	Femmes	Sex-ratio
Jamais	47 (20.1%)	19 (16.4) %	28 (24.1%)	0.68
1 fois par mois ou moins	44 (18.8) %	18 (15.2%)	26 (22.4%)	0.69
2 à 4 fois par mois	67 (28.6%)	30 (25.4%)	37 (31.9%)	0.81
2 à 3 fois par semaine	40 (17.1) %	27 (22.9%)	13 (11.2%)	2.08
4 fois par semaine ou plus	36 (15.4%)	24 (20.4%)	12 (10.4%)	2

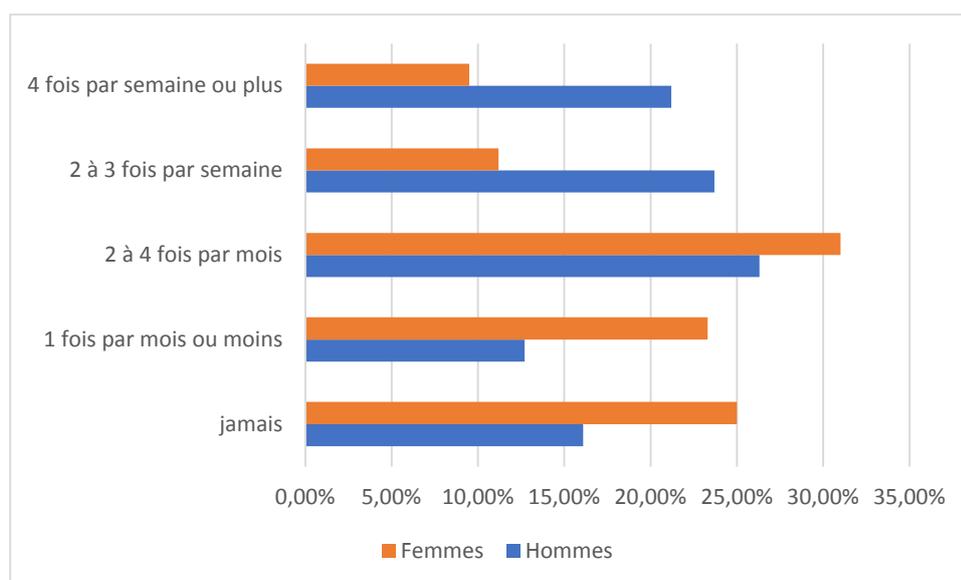


FIGURE 8: FREQUENCE DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS SELON LE SEXE

Sur l'ensemble de la population, 20.1% étaient abstinentes à l'alcool (24.1% des femmes et 16.4% des hommes), alors que 32.5% consommaient de l'alcool au moins 2 fois par semaine (43.3% des hommes et 21.6% des femmes).

Le sex-ratio hommes/femmes augmentait avec la fréquence de consommation d'alcool avec un pic à 2 pour la consommation au moins 4 fois par semaine.

L'analyse de l'abstinence selon l'âge donne le tableau suivant :

TABLEAU 8: EVALUATION DE L'ABSTINENCE SELON L'AGE

Catégories d'âge	Ensemble
18-24	3 (37.5%)
25-34	2 (11%)
35-44	0 (0%)
45-54	6 (15.8%)
55-64	8 (13.8%)
65-75	17 (24.3%)
>75	11 (42%)

Les plus de 75 ans étaient 42% à être abstinentes dans notre étude.

L'analyse des patients consommant de l'alcool au moins 4 fois par semaine selon l'âge et le sexe retrouve :

TABLEAU 9: EVALUATION PATIENTS CONSOMMANT AU MOINS 4 FOIS PAR SEMAINE DE L'ALCOOL SELON L'AGE

Catégories d'âge	Ensemble	Hommes	Femmes
18-24	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
25-34	1 (5.6%)	0 (0%)	1 (12.5%)
35-44	1 (6.25%)	0 (0%)	1 (9.1%)
45-54	8 (21%)	6 (30%)	2 (11.1%)
55-64	10 (17.2%)	7 (22.6%)	3 (10.7%)
65-75	12 (17.1%)	7 (19.4%)	5 (14.7%)
>75	4 (15.4%)	4 (25%)	0 (0%)

On voit qu'à partir de 45 ans, plus de 15% de la population consommait de l'alcool au moins 4 fois par semaine alors que chez les moins de 44 ans le taux était inférieur à 7%, voire nul pour les 18-24ans.

### III-3-2- Evaluation du nombre de verres consommés un jour ordinaire de consommation d'alcool :

La question 7 évalue le nombre de verres standards bus lors d'une journée ordinaire de consommation d'alcool.

TABLEAU 10 : NOMBRE MOYEN DE VERRES STANDARS LORS D'UNE JOURNEE ORDINAIRE DE CONSOMMATION

	Ensemble	Hommes	Femmes	Sex-ratio
Nb de verres moyen journée ordinaire	2.2	2.44	1.9	1.28

Ces valeurs étaient une moyenne parmi les consommateurs d'alcool, les sujets abstinentes étant exclus.

### III-3-3- évaluation de la fréquence des alcoolisations ponctuelles importantes :

La consommation de plus de 6 verres standards en une occasion est considérée comme une alcoolisation ponctuelle importante (API). Les données de la question 8 permettent d'établir le tableau suivant :

TABLEAU 11 : EVALUATION FREQUENCE DES API

Fréquence des API	Ensemble	Hommes	Femmes	Sex-ratio
Au moins 1 fois au cours des 12 derniers mois	59 (25.2%)	47 (39.8%)	12 (10.3%)	3.9
< 1 fois par mois	31 (13.2%)	27 (22.9%)	4 (3.5%)	6.75
Une fois par mois	12 (5.1%)	8 (6.8%)	4 (3.5%)	2
Une fois par semaine	12 (5.1%)	9 (7.6%)	3 (2.6%)	3
Tous les jours ou presque	4 (1.7%)	3 (2.5%)	1 (0.8%)	3

La prévalence des API était de 25.2% dans l'année et de 6.8% au moins une fois par semaine.

Les hommes avaient 4 fois plus d'API que les femmes au cours d'une année.

Il est intéressant d'étudier l'effectif des patients avec au moins une API dans l'année selon l'âge et le sexe :

TABLEAU 12 : EVALUATION DES PATIENTS AVEC AU MOINS 1 API DANS L'ANNEE SELON L'AGE

Catégories d'âge	Ensemble	Hommes	Femmes
18-24	4 (50 %)	3 (75%)	1 (25%)
25-34	10 (55.6%)	5 (50%)	5 (62.5%)
35-44	4 (25%)	4 (80%)	0 (0%)
45-54	13 (36.8%)	13 (70%)	0 (0%)
55-64	17 (29.3%)	13 (43.3%)	4 (14.3%)
65-75	11 (15.7%)	9 (25%)	2 (5.9%)
>75	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Les 18-24 ans, 25-34 ans et 45-54 ans avaient plus de 36% de leurs effectifs présentant une API dans l'année. Au contraire, les 65-75 ans avaient seulement 15.7% de leurs effectifs dans cette situation et aucun patient de plus de 75 ans ne présentait d'API.

### III-4- Dialogue sur la consommation d'alcool entre médecin traitant et patient :

#### III-4-1- Interrogation du patient sur sa consommation d'alcool par le médecin traitant :

77.8% des patients de l'étude déclaraient n'avoir jamais été interrogés par leur médecin traitant sur leur consommation d'alcool.

#### III-4-2- Patients en mésusage : dialogue avec le médecin traitant ?

Sur les 29 patients en mésusage, 18 déclaraient être prêts à en discuter avec leur médecin traitant. Cependant, aucun de ces patients n'a rendu directement le questionnaire à son médecin afin d'en discuter avec lui.

## Discussion

---

### IV-1- Forces et justification de l'étude :

Notre étude s'est intéressée au mésusage de l'alcool en médecine générale qui représente une prévalence non négligeable de patients. En effet, l'étude de Gérard Badeyan en 2000 (19) retrouvait 22.6% des patients consultants en médecine générale en mésusage de l'alcool. Une autre étude effectuée en 2011 par Christophe Berkhout (20) en retrouvait 36.6%. Dans notre étude, ce taux était inférieur mais tout de même de 12.4%.

La force de notre étude a été l'utilisation d'un auto-questionnaire validé tel que l'AUDIT. Comme nous l'avons vu dans les rappels c'est un outil très performant. Il permet un meilleur repérage car bien que l'intuition du clinicien présente une haute spécificité dans le repérage du mésusage de l'alcool, sa sensibilité est faible. Une étude américaine de 2007 multicentrique démontra ce fait avec une sensibilité du clinicien pour le repérage des patients en mésusage de l'alcool à 27% pour une spécificité de 92% (21).

La méthode de distribution des questionnaires qui a respecté la randomisation est aussi une des forces de notre étude. Le ratio homme/femme proche de 1 est un argument en faveur d'une bonne randomisation.

Notre étude s'est également intéressée à un domaine peu étudié en évaluant la méconnaissance du mésusage à l'alcool. Dans la littérature, seule l'étude de C. Berkhout effectuée en 2011 (20) évalua ce sujet à notre connaissance.

### IV-2- Limites :

Tout d'abord, étant donné que notre étude était une étude descriptive transversale, celle-ci présentait un faible niveau de preuve.

L'interrogation de la consommation d'alcool chez les adultes retrouvait un faible taux de participation avec seulement 66.4% de réponses. Est-ce lié au sujet épineux qu'est l'alcool ?

Les données de la littérature ne nous permettent pas de répondre de façon dichotomique à cette question. L'enquête de SPF en 2019 (22) qui interrogea la population générale sur sa consommation de tabac eu un taux de participation guère plus élevé que celui de SPF en 2017 sur l'alcool(23) : 55.6% pour le tabac et 48.5% pour l'alcool. Cependant, on retrouve certaines études avec des taux de participation nettement supérieurs à la nôtre. L'évaluation de la connaissance des IST chez les lycéens en classe de terminale en Haute-Vienne en 2020 (24) eu un taux de participation de 74.1%. Mieux encore avec l'étude du Dr Bernichon en 2020 (25) qui retrouva un taux de participation de 100% lors de l'évaluation des symptômes anxieux et dépressifs par rapport au temps passé sur le smartphone. Ces 2 dernières études avaient elles aussi utilisé un auto-questionnaire mais la méthodologie n'était pas strictement identique à notre étude.

Le taux de participation a varié selon les médecins. 7 médecins ont eu un taux de réponse supérieur à 80%, 4 un taux de réponses inférieur à 50%. Serait-ce une différence de motivation

de l'enquêteur lors de la distribution du questionnaire à son patient ? Ceci est possible car pour un même cabinet, on trouvait un taux de participation de 55% chez le médecin A et de 90% chez le médecin B. La localisation du cabinet parfois excentrée du bourg ou centre-ville pourrait aussi avoir influencé le retour des réponses : le patient passant devant le cabinet tous les jours pourra plus facilement rendre sa réponse que celui qui doit faire un détour.

L'analyse des patients en mésusage à l'alcool est encore plus difficile avec seulement 29 inclusions dans notre étude. Plusieurs hypothèses pourraient expliquer ce faible taux de patients en mésusage de l'alcool dans notre étude.

Notre population d'étude ne semblait pas représentative de la population générale du département et de la France. Le tableau 3 comparant notre population à celles des données INSEE confirme ce fait. Les retraités étaient surreprésentés dans notre étude avec un taux de 50% alors qu'ils ne sont que 10.1% dans l'Indre et 6.7% à l'échelle nationale. Cette discordance entre notre population et la population générale du département ou du pays nous montre que la population qui consulte en médecine générale est une population bien particulière : plutôt vieillissante et donc retraitée. Cependant, notre taux de retraités était supérieur à ceux retrouvés dans d'autres études réalisées en médecine générale sur la thématique de l'alcool avec une part de 23.5% de retraités pour celle de C. Berkhout en 2011 (20) et de 22.2% pour celle du Dr Phan en 2015 (26). L'âge élevé de certains médecins ayant participé à l'étude pourrait expliquer ces résultats : les médecins proches de la retraite sembleraient avoir une patientèle plus vieillissante. De plus, les données INSEE montrent que la population de l'Indre est assez âgée avec une population de plus de 60 ans à 34.7% contre 25.5% au niveau national.

Un double biais de temporalité a pu également être rencontré. Premièrement, la distribution des questionnaires a eu lieu quelques semaines après la fin de 2 mois de confinement dû à la pandémie de Sars-Cov2. Les habitudes de consommation d'alcool de la population ont pu changer pendant cette période et donc influencer les résultats des questionnaires. Un rapport du 13 mai 2020 de Santé Publique France a montré qu'environ 1 consommateur sur 10 a augmenté sa consommation d'alcool pendant le confinement, mais 1 sur 5 déclare l'avoir diminuée (27). Deuxièmement, notre étude s'est effectuée en 2020 et les volumes de consommation d'alcool semblent avoir diminués depuis 50 ans. En effet, nous sommes passés de 26 litres d'alcool pur en moyenne par habitant âgé de 15 ans et plus en 1961 à 11.7 litres en 2017 (23). Ce faible taux d'usagers à risque d'alcool dans notre étude pourrait donc être dû à une diminution des consommations avec le temps. Une nette différence de prévalence était déjà observée entre l'étude de Gerard Badeyan en 2000 (19) retrouvant un taux d'usagers à risque d'alcool à 18.2% et celle du Dr Phan en 2015 (26) avec un taux de 13.9%.

Il est possible aussi qu'il y ait eu un biais d'information. Certains patients auraient pu mentir dans le remplissage de l'auto-questionnaire afin de minimiser leur score AUDIT et ne pas être considérés comme en mésusage de l'alcool, bien que le questionnaire était anonyme.

Le choix du questionnaire AUDIT peut être à posteriori discuté. Le questionnaire AUDIT-C ou FACE aurait probablement permis d'avoir un effectif de patients en mésusage plus conséquent.

En effet, il a été démontré que le questionnaire AUDIT-C est meilleur pour détecter les usagers à risque (17) que le questionnaire AUDIT bien que la performance de ces 2 questionnaires soit grande. Nous avons choisi la version complète et non sa version simplifiée car nous

trouvions intéressant d'évaluer le rapport du patient à l'alcool et non pas à sa seule quantité de consommation. Cependant, nous nous sommes intéressés au pourcentage de patients que nous aurions détecté en mésusage de l'alcool si nous avons utilisé le questionnaire AUDIT-C (par l'analyse des questions 6 à 8). Avec ce dernier, 86 patients en mésusage de l'alcool auraient été détecté soit 36.7% de l'effectif, donc 3 fois plus qu'avec le questionnaire AUDIT.

De plus, comme nous l'avons vu dans les rappels, l'HAS recommandait plutôt l'utilisation d'un hétéro-questionnaire tel que le FACE qu'un auto-questionnaire comme l'AUDIT (12). Elle s'appuie en partie sur l'étude REPEX effectuée en 2002 qui montra que ce dernier permettait un meilleur repérage en l'absence de secrétaire et/ou d'assistante médicale (28). Toutefois, l'avantage d'un auto-questionnaire était que le patient pouvait le remplir seul sans l'aide du médecin traitant. Ceci a été un argument majeur car les médecins généralistes manquent actuellement de temps. Avec en moyenne des consultations de 15 minutes par patient, il m'était difficile de leur proposer de prendre du temps avec le questionnaire FACE et le discours adapté au score FACE. Ce frein du temps a été ressenti comme déterminant lors de mes rencontres avec les médecins généralistes de l'étude et j'ai vite compris que ce facteur allait influencer sur leur adhésion à notre étude. Enfin, afin de pallier ce manque de temps, la distribution par la secrétaire aurait pu être une option intéressante. Cependant de nombreux médecins généralistes n'ont pas de secrétaire sur place et ceci aurait entrainer un biais de sélection. De plus, le manque de temps est aussi retrouvé dans cette profession. Par ailleurs, j'aurais pu aussi effectuer l'étude moi-même pendant mon SASPAS et utiliser ainsi le questionnaire FACE. Toutefois, le fait de demander à plusieurs médecins du département de l'Indre permettait de faire une étude multicentrique à plus grande échelle. De plus, en 2014, une thèse avait déjà été effectuée dans le Limousin par l'utilisation du questionnaire FACE en médecine générale (29).

Une autre limite dans notre étude était un biais de sélection dans le choix des médecins généralistes réalisé sans randomisation.

#### **IV- 3 Niveau de conscience du mésusage à l'alcool :**

Dans notre étude, la majorité des patients en mésusage de l'alcool consultant en médecine générale n'en avait pas conscience : 55.2%. Toutefois, une proportion non négligeable en avait conscience : 44.8%.

Cette ambivalence dans nos résultats pourrait s'expliquer par l'incohérence du discours de l'Etat français. L'assouplissement progressive de la Evin en est un exemple concret. Instaurée en 1991, elle permettait un encadrement de la publicité des boissons alcoolisées en limitant la liste des supports de publicité autorisés (magazines pour adultes, radio à certaines heures, ..) et interdisait de fait tous les autres, dont évidemment internet. En 2009, la loi santé autorisa la publicité de l'alcool sur internet (à l'exception des sites dédiés à la jeunesse ou aux sportifs). En 2016, un nouvel allègement a eu lieu afin de favoriser l'oenotourisme : les références à des régions de production, à des indications géographiques ou au patrimoine culturel liés à des boissons alcooliques protégées au titre de l'article L. 665-6 du code rural et de la pêche maritime ne sont pas considérées comme des publicités (32). De plus, l'Etat français ne soutient pas le mois sans alcool alors qu'il soutient le mois sans tabac. Lancé en 2013 en Angleterre par l'association « Alcohol Change UK », le « Dry January » consiste à ne pas boire une goutte d'alcool du 1<sup>er</sup> au 31 Janvier (30) (31). Ce concept a pourtant montré des résultats

probants selon l'étude du Dr Richard de Visser en 2018 (32). En effet sur les 800 patients interrogés, 70 % ont remarqué des effets positifs sur leur santé et leur sommeil, 80% estimaient mieux contrôler leur consommation d'alcool. Leur consommation a aussi diminué, passant d'une fréquence de 3.4 par semaine à 2.1 après cette campagne. Pourquoi donc tant d'incohérence dans la prévention contre l'alcool ? Les lobbies de l'alcool n'y seraient pas pour rien. En effet un rapport de la Cour des comptes en juin 2016 (33) (34) dénonça l'influence de ces derniers sur l'Etat. Selon elle, le problème de l'alcool serait sous-estimé par l'Etat pour des raisons économiques et politiques.

L'alcool a des vertus supposées recherchées par la population. L'enquête de SPF de 2017 (1) a interrogé la population générale sur les motifs de consommation de cette substance :

- 56 % afin d'avoir des fêtes mieux réussies.
- 34% afin de mieux s'intégrer dans un groupe.
- 20 % afin de se sentir moins déprimé ou anxieux.

Les 44.8% de patients conscients de leur mésusage à l'alcool pourraient s'expliquer par la recherche de ces vertus.

Mais certains en sont conscients et n'y renoncent pas du fait d'une dépendance au produit. Ils consomment de l'alcool afin de lutter contre les symptômes du sevrage. Ceci est dû à une modification des circuits de récompense au niveau cérébral. Sensibiliser précocement permettrait probablement de lutter contre ces modifications cérébrales (35). Le rôle des médecins et notamment des médecins généralistes est donc fondamental dans la sensibilisation de la population sur les dangers de l'alcool. C'est pourquoi en 2006, la DGS plaçait le médecin généraliste comme le 1<sup>er</sup> acteur à pouvoir repérer les buveurs excessifs et à intervenir de façon précoce et efficace avant que la situation ne s'aggrave (36).

Dans la littérature, seule l'étude de C. Berkhout en 2011 analysa le niveau de conscience du mésusage mais seulement chez les usagers à risque. Elle retrouva un taux de non-conscience très important avec 95% des usagers à risque qui pensaient ne pas avoir de problème avec l'alcool. Les usagers à risque sont-ils d'avantage non-conscients de leur mésusage que les alcoolodépendants ? Notre étude n'a pas pu répondre à cette question retrouvant 10 usagers à risque sur 19 non-conscients contre 6 alcoolodépendants sur 10.

L'analyse du niveau de conscience du mésusage selon d'autres paramètres a pu révéler certaines tendances dans notre étude :

- Les hommes étaient d'avantage non-conscients que les femmes : 12 hommes sur 20 contre 4 femmes sur 9.
- Les retraités étaient pour la majorité non-conscients (5 sur 7) alors que la balance des actifs était équilibrée (11 sur 22).
- Les moins de 34 ans, ainsi que les plus de 65 ans étaient en majorité non conscients avec respectivement 5 sur 7 et 4 sur 6. La tendance était inversée dans la catégorie des 45-64 ans avec 9 sur 16 conscients.

Toutefois, le faible effectif de patients en mésusage de l'alcool et encore plus dans les sous-catégories étudiées rend ces résultats difficilement interprétables.

#### **IV-4 Objectifs secondaires :**

##### **IV-4-1- Etude descriptive des patients en mésusage selon AUDIT :**

Parmi les patients en mésusage selon AUDIT, on retrouvait une majorité d'hommes avec un pourcentage à 69%. Ceci semble être en accord avec l'enquête de SPF de 2017 (28) qui révélait que la consommation d'alcool était plus courante chez les hommes et que l'écart entre les sexes était d'autant plus marqué que la fréquence de consommation augmentait. Une majorité d'hommes en mésusage de l'alcool était aussi retrouvée dans les études effectuées en médecine générale avec 72.8% d'hommes sur celle G.Badeyan en 2000 (19), 69 % sur celle de C. Berkhout en 2011 (20).

Ensuite, une analyse plus précise du mésusage distinguait les usagers à risque des patients avec alcoolodépendance probable (tableau 5). On remarque que les femmes en mésusage étaient majoritairement dans un usage à risque qu'une alcoolodépendance. En effet, sur les 9 femmes retrouvées en mésusage, 7 étaient des usagers à risques soit 77.7%. Ceci était aussi retrouvé dans l'étude de C. Berkhout en 2011 (20) avec parmi les femmes en mésusage, 80% considérées comme usagers à risque. L'étude de G. Badeyan en 2000 (19) retrouvait une proportion similaire à 78.7%.

Alors que la part d'alcoolodépendance était plus importante chez les hommes que chez les femmes, les hommes en mésusage de l'alcool étaient aussi majoritairement des usagers à risque. Nous retrouvons parmi les hommes en mésusage de l'alcool une proportion de 60% (12 sur 20) dans notre étude, 52.5% sur celle de C. Berkhout en 2011 (20), 78% en 2000 sur celles de G. Badeyan (19).

Au niveau socio-professionnel, on ne retrouvait aucun patient étudiant ou sans-emploi en mésusage de l'alcool dans notre étude. Toutefois, il est difficile de conclure sur ces données en raison du faible effectif de ces 2 catégories avec seulement 2 étudiants et 13 patients sans emploi sur les 234 répondants. Enfin, les patients actifs semblaient plus en mésusage de l'alcool que les retraités dans notre étude avec des proportions de 75.9% d'actifs et 24.1% de retraités. Dans la littérature, l'étude la plus récente du Dr Phan en 2015 (26) estimait chez les usagers à risque de l'alcool, une proportion de 66.1% d'actifs et de 27.4% de retraités et 6.6% pour les autres. Une autre étude effectuée par C. Berkhout en 2011 (20) retrouvait 47% d'actifs, 30% de sans emploi et 16% de retraités On voit donc dans ces 3 études que les patients en mésusage de l'alcool seraient composés de 2 fois plus d'actifs que de retraités.

Si on analyse le mésusage de l'alcool selon l'âge, on retrouvait dans notre étude un patient sur quatre chez les populations de moins de 54 ans, sauf pour la catégorie d'âge de 35-44 ans qui n'était pas représentée mais ceci est probablement un biais de sélection car cette catégorie n'était représentée que par 6.8% de notre échantillon. Pour les patients entre 55 et 75 ans, un sur dix était en mésusage de l'alcool dans notre étude, alors qu'aucun n'a été retrouvé chez les plus de 75 ans. Les données de SPF de 2017 n'ont pas évalué le taux de patients en mésusage de l'alcool selon l'âge. Toutefois ils ont évalué ceux dépassant les repères de consommation recommandés par SPF et l'Institut national du cancer (1) et retrouvait un pourcentage maximal chez les 18-24 ans (figure 2). Ils étaient 29% à dépasser ces repères dans cette catégorie d'âge (23). Les jeunes sembleraient donc plus en mésusage de l'alcool que leurs aînés.

Cependant, l'âge moyen de la population en mésusage de l'alcool, souvent autour de 50 ans dans les différentes études, nous montre que le mésusage persiste chez une part des aînés. Il était de 50.7ans dans notre étude, 42 ans sur l'étude de C. Berkhout en 2011 (20) et 51 ans sur l'étude de G. Badeyan en 2000 (19).

Dans notre étude, les patients en mésusage paraissaient autant issus du secteur rural qu'urbain. Une seule étude dans la littérature, comparant le mésusage selon l'origine géographique, était celle du Dr Phan en 2011. Cependant, les données démographiques ne sont pas interprétables car les patients issus de cette étude n'étaient pas répartis équitablement avec seulement 10% d'origine rurale contre 77% d'origine urbaine et 12% d'origine semi-urbaine.

#### **IV-4-2- Etude descriptive des modes de consommations :**

##### **IV-4-2-1- Fréquence de la consommation d'alcool :**

Les patients ayant répondu qu'ils ne consommaient jamais de l'alcool ont été considérés comme abstinents à l'alcool. On retrouvait 20.1% des patients de notre étude dans ce cas-là. L'enquête de SPF de 2017 distinguait les abstinents à vie des abstinents depuis les 12 derniers mois. Elle retrouvait des taux beaucoup plus bas d'abstinents avec 5.4% d'abstinents à vie et 8.1% d'abstinents année (23). Cette discordance pourrait être due à notre population qui est vieillissante dans notre étude. L'enquête de SPF de 2017 ne s'est pas intéressée aux plus de 75 ans alors que dans notre étude nous avons 11.1% de l'effectif dans cette tranche d'âge. Or dans le tableau 8 évaluant le taux d'abstinence selon l'âge, il était de 42% chez les plus de 75 ans. L'abstinence selon le sexe retrouvait dans notre étude un taux de 24.1% chez les femmes et 16.4% chez les hommes, soit un sex-ratio homme/femme de 0.68. Ceci paraît comparable aux données de SPF 2017 qui retrouvaient un sex-ratio de 0.6 pour les abstinents à vie et 0.7 pour les abstinents au cours des 12 derniers mois (23). Les femmes semblent donc plus abstinentes à l'alcool que les hommes.

Si on s'intéresse uniquement à ceux qui consomment plus de 4 fois par semaine de l'alcool, on retrouvait une proportion de 15.4% de patients. Ceci est comparable aux données de SPF de 2017 qui retrouvaient 15.1% de la population consommant au moins 4 fois par semaine (23). L'étude du Dr Phan en 2015 retrouvait 11% de patients consommant plus de 4 fois par semaine (26). Ensuite, la fréquence de consommation était différente selon le sexe. Ainsi dans notre étude : les hommes avaient tendance à boire toutes les semaines voire quotidiennement alors que les femmes avaient plus tendance à boire quelques fois par mois. On voit bien cette différence en étudiant les sex ratios hommes/femmes qui augmentaient progressivement avec la fréquence de consommation allant de 0.69 pour  $\leq 1$  fois par mois à 2 pour  $\geq 4$  fois par semaine. Les données de SPF de 2017 semblent retrouver une augmentation crescendo similaire avec un sexe ratio homme/femme de 0.5 pour la consommation de  $\leq 1$  fois par mois à 3.0 pour une consommation quotidienne(23).

Cette population buvant presque quotidiennement de l'alcool n'était pas une population jeune (tableau 9). En effet, les moins de 44 ans étaient moins de 7% dans cette situation. A contrario, les plus de 45 ans étaient plus de 15%. Les données de SPF de 2017 sont concordantes avec moins de 7% des patients dans cette situation chez les moins de 54 ans alors que le taux s'élève à 14.3% chez les 55-64 ans et 26% chez les 65-75 ans (23). La proportion de patients consommant de l'alcool quotidiennement semblerait donc augmenter avec l'âge.

Cet alcool au quotidien chez les plus anciens pourrait être le reflet du discours public qui a longtemps prôné le vin comme protecteur des coronaires à faible dose. De plus, jusqu'aux années 1950, l'eau est souvent restée fort peu potable. Le vin était donc considéré comme une source sûre (37).

#### **IV-4-2-2- Evaluation du nombre de verres consommés un jour ordinaire de consommation d'alcool :**

Dans notre étude, il était retrouvé une moyenne de 2.2 verres pour l'ensemble de la population avec pour les hommes une moyenne à 2.44 et pour les femmes à 1.9. Ceci paraît assez similaire aux données de SPF de 2017 qui retrouvaient une moyenne à 2.3 pour l'ensemble de la population, 2.8 pour les hommes et 1.8 pour les femmes (23).

#### **IV-4-2-3 fréquence des API :**

Dans notre étude, nous avons retrouvé 1 patient sur 4 qui présentait au moins 1 API dans l'année. Notre taux est moins important que celui retrouvé dans l'enquête de SPF en 2017 qui retrouvait 35.2% de la population avec au moins une API dans l'année (23). Ici encore, le fait que notre population d'étude soit vieillissante a pu biaiser nos résultats. En effet, dans la population jeune nous avons retrouvé 50% des 18-24 ans et 55.6% des 25-34 ans qui avaient des API au moins une fois dans l'année. Au contraire, ils n'étaient que 15.7% chez les 65-75ans et 0% chez les plus de 75 ans. Les patients paraissent moins présenter d'API en vieillissant dans notre étude. Ceci est retrouvé sur l'enquête de SPF de 2017 avec une diminution progressive de la proportion de patients présentant des API avec l'âge. On retrouve en effet dans cette enquête, plus de 48% des 18-34 ans avec au moins une API dans l'année alors qu'ils sont moins de 25% après 55 ans.

Si on compare selon le sexe, on retrouvait un sex-ratio hommes/femmes de 3.9 dans notre étude sur la présence d'au moins 1 API dans l'année et de 2.3 dans l'enquête de SPF 2017 (23). Les hommes présentent donc plus d'API que les femmes.

L'étude de la fréquence des API et de l'alcool au quotidien nous montre donc, que ce soit dans notre étude ou dans l'étude de SPF que les modes de consommation de l'alcool sont différents selon l'âge. Les jeunes consomment moins souvent de l'alcool mais lorsqu'ils le font c'est en quantité plus importante que les sujets âgés. A l'inverse, les sujets âgés ont tendance à présenter moins d'API mais à consommer quotidiennement de l'alcool (23).

#### **IV-4-3 Dialogue avec le médecin traitant :**

##### **IV-4-3-1- Interrogation des patients par leur médecin sur leur consommation d'alcool :**

Les médecins généralistes interrogent peu leurs patients sur leur consommation d'alcool et donc ne détectent que peu de leurs patients en mésusage de l'alcool. Le Baromètre de santé des médecins généralistes français montrait en 2008 que seulement 23% des médecins généralistes abordaient la question de la consommation de l'alcool au moins une fois avec chaque patient (38). La thèse du Dr Caillaud effectuée en 2014 dans le Limousin retrouvait 90.5% des patients qui n'avaient jamais abordé leur consommation d'alcool avec un professionnel (29). Enfin, une étude observationnelle récente du Dr Phan en 2015 retrouvait

83.7% des patients qui n'ont jamais discuté de leur consommation d'alcool avec leur médecin généraliste (26). Notre étude a montré une persistance de cette tendance avec 77.8% des patients qui déclaraient n'avoir jamais été interrogés sur leur consommation d'alcool par leur médecins traitant.

Comment ces médecins pourraient-ils aborder cette thématique de l'alcool ?

La HAS recommande l'utilisation du RPIB (12). Il s'agit d'une procédure de prévention visant à repérer une consommation de substance psychoactive et à entraîner un changement de celle-ci à la baisse.

Cependant, plusieurs études qualitatives qui ont interrogé les médecins généralistes ont montré de nombreux freins à l'application de ce RPIB en pratique courante :

- Le manque de temps : la durée de la consultation n'est pas extensible. Rallonger une consultation de 5 à 15 min est difficile pour une consultation qui est censée durer un quart d'heure (39) (20) (40) (38).
- Une prise en charge non centrée sur le patient : aborder la consommation d'alcool chez un patient se présentant en consultation avec une plainte sans aucun rapport avec la consommation d'alcool semble difficile à aborder par les médecins généralistes (20).
- Un surplus de dépistage : il existe suffisamment de dépistage à effectuer en médecine générale : HTA, diabète, cancer du sein, cancer du côlon, cancer du col de l'utérus, cancer de la prostate...(20)
- Le manque de rémunération : le paiement forfaitaire à l'acte ne favorise pas les actions de dépistage et de prévention (20) (38).
- Un manque de formation : seulement 5% des médecins généralistes formés au RPIB en 2014 (12).
- La non appartenance aux réseaux de prise en charge (20).

#### **IV-4-3-2- Discussion du mésusage avec le médecin traitant :**

Sur les 29 patients en mésusage de l'alcool, 18 seraient prêts à en discuter avec leur médecin traitant, mais pour autant aucun n'a rendu directement son questionnaire afin d'en discuter avec lui. Cependant un patient en mésusage de l'alcool a laissé son numéro de téléphone sur le questionnaire afin qu'on le rappelle pour avoir plus d'informations. Je n'ai pas rappelé ce patient mais j'ai donné l'information à son médecin traitant. Je ne sais pas si ces 18 patients ont discuté par la suite de leur mésusage à l'alcool avec leur médecin traitant car cette étude était une étude observationnelle descriptive.

Les patients estiment normal qu'un médecin de soins premiers repère les consommations d'alcool à risque (13). L'étude de 2015 du Dr Phan évaluait aussi le ressenti du patient et montrait que 99.2% des patients n'avaient pas honte de parler d'alcool et que 100% trouvaient leur médecin généraliste compétent dans ce domaine (26).

C'est pourquoi, il pourrait être intéressant d'effectuer une intervention brève en évaluant si la distribution du questionnaire AUDIT au patient consultant en médecine générale ouvrirait le dialogue avec le médecin traitant.

## Conclusions :

---

Malgré un faible niveau de preuve lié à la taille de notre échantillon et à notre type d'étude, celle-ci révéla un mésusage de l'alcool de 12.4% chez les patients consultants en médecine générale soit un peu plus d'un patient sur dix en mésusage dont la majorité ne sont pas conscient de celui-ci (55.2%).

Plusieurs éléments pourraient expliquer ces taux, notamment un discours public peu clair sur les méfaits de l'alcool et le faible intérêt que porte les médecins généralistes à ce thème par manque de temps ou par manque de formation.

Par ailleurs, l'analyse des objectifs secondaires comparé aux données de la littérature nous a permis de dégager certaines tendances de consommation de l'alcool variant notamment selon l'âge. Ainsi ces éléments peuvent nous orienter dans notre communication et permettre de cibler certaines catégories avec des messages spécifiques. Les aînés devraient être sensibilisés sur les dangers d'une consommation régulière d'alcool même d'un ou deux verres, et les jeunes sur les dangers des API.

En somme, l'alcool reste encore très ancré dans nos habitudes de consommation malgré la connaissance scientifique du caractère nocif de cette substance. Mais le savoir de la science n'est pas celui de la population générale. Promouvoir le bon discours sur l'utilisation de cette substance fait partie du rôle du médecin généraliste.

Afin d'améliorer ce repérage plusieurs pistes peuvent être envisager tel que le développement du RPIB, le renforcement des messages de prévention, le développement du mois sans alcool, une consultation de prévention spécifique... Dès à présent nous savons que la prévention passera par plusieurs approches mais il serait intéressant de les évaluer pour mettre en place la meilleure stratégie.

Sur le modèle du dépistage de cancer colorectal, ne pourrait-on pas imaginer que les patients puissent recevoir un courrier pour le repérage du mésusage de l'alcool. Ce courrier pourrait être composé d'un auto-questionnaire validé invitant le patient à discuter avec son médecin traitant de sa consommation d'alcool s'il révélait un score en faveur d'un mésusage de l'alcool.

## Bibliographie :

---

1. DR PHILIPPE BATEL, pôle Addiction, centre hospitalier, Camille-Claudel,, La Couronne, France. Trouble de l'usage de l'alcool. la revue du praticien. oct 2019;69:885-921.
2. CAMBRELING C. La France a-t-elle-un problème d'alcool? Le temps du débat. 2019.
3. AUBIN H-J, AURIACOMBE M, REYNAUD M, RIGAUD A. Implication pour l'alcoologie de l'évolution des concepts en addictologie. In: Alcoologie et addictologie. 2013. p. 309-15.
4. La version française du DSM-5 est parue [Internet]. Santé Mentale. [cité 18 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.santementale.fr/actualites/le-dsm-v-est-paru.html>
5. Critères-addiction-DSM5.pdf [Internet]. [cité 18 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.addictauvergne.fr/addictauvergne/wp-content/uploads/2014/02/Crite%CC%80res-addiction-DSM5.pdf>
6. . Dr Francis Abramovici, médecin généraliste – Lagny sur Marne, . Mme Agnès Arthus-Bertrand, association URSA – Sèvres, . Pr Henri-Jean Aubin, psychiatre – Villejuif, . Dr Philippe Batel, psychiatre – Clichy, . M. Florent Chambonneau, infirmier – Loos, . Mme Hélène David, association Charonne – Paris, et al. Mesusage de l'alcool: dépistage, diagnostic et traitement. 2015.
7. L'alcool, les boissons alcoolisées c'est quoi? Que représente un verre d'alcool? - alcoolinfoservice [Internet]. Alcool Info Service. [cité 3 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.alcool-info-service.fr/alcool/boissons-alcoolisees/verre-alcool>
8. Les nouveaux repères de consommation pour l'Alcool [Internet]. [cité 17 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.anpaa.asso.fr/lanpaa/actualites/alcool/1006-nouveaux-reperes-consommation-alcool>
9. groupe d'expert. AVIS D'EXPERTS RELATIF À L'ÉVOLUTION DU DISCOURS PUBLIC EN MATIÈRE DE CONSOMMATION D'ALCOOL EN FRANCE. Santé publique France; 2017.
10. Une nouvelle étude le confirme : avec l'alcool, pas d'effet zéro [Internet]. Organisation mondiale de la santé; 2018 [cité 17 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/news/news/2018/09/there-is-no-safe-level-of-alcohol,-new-study-confirms>
11. S. Hinfraya,b, G. Airagnes a,b,c,d,\*, A.-L. Le Faoua,b,e,f, , G. Ducoutumanya,b, P. Louvillea,b,, C. Lemognea,b,g, I. Thauvina,b, P. Juvinh,h, F. Limosin. Repérage standardisé du mésusage de l'alcool au service d'accueil des urgences : l'exemple de la passation systématique du questionnaire FACE à l'hôpital Européen Georges-Pompidou. La revue de médecine interne. déc 2018;355-60.
12. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 28 janv 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte)
13. Christine Maynié-François<sup>1</sup>, Julie Dupouy<sup>2</sup>,. Prendre en charge un patient ayant un trouble de l'usage de l'alcool en médecine générale. Exercer. avr 2019;(152):175-81.

14. Dr Philippe Batel. Trouble de l'alcoolisation chez l'adulte(1ère partie). Dépister précocément pour intervenir avant les dommages. Le concours médicale. janv 2013;(135):23-39.
15. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction*. juin 1993;88(6):791-804.
16. Higgins-Biddle JC, Babor TF. A Review of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), AUDIT-C, and USAUDIT for Screening in the United States: Past Issues and Future Directions. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2018;44(6):578-86.
17. Anne Moehringa,b,\*, , Hans-Juergen Rumpfc, , Ulfert Hapked, , Gallus Bischofc, , Ulrich Johna,b, , et al. Diagnostic performance of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in detecting DSM-5 alcohol use disorders in the General population. *Drug and Alcohol Dependence*. Elsevier Masson. 30 sept 2019;
18. Conditions générales d'utilisation [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. [cité 19 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/annuaire/cgu>
19. BADEYAN G, MOUQUET M-C, VILLET H. Les risques d'alcoolisation excessive des patients ayant recours aux soins un jour donnée. *Actualité et dossier en santé publique*. sept 2002;11-6.
20. Département de médecine générale université de Lille, Laboratoire centre interuniversitaire de recherche en éducation De Lille, Service de psychiatrie et d'addictologie CHU Lille, Laboratoire de neuroscience fonctionnelles et pathologies université de Lille. Consommation nocive d'alcool et usage de tranquillisant: dépistage et intervention brève en médecin générale. *Exercer*. 26(117):4-12.
21. Vinson DC, Turner BJ, MSED, Manning BK, Galliher JM. Clinician Suspicion of an Alcohol Problem: An Observational Study From the AAFP National Research Network. *Ann Fam Med*. janv 2013;11(1):53-9.
22. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 23 déc 2020]. Disponible sur: [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/2019\\_15\\_1.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/2019_15_1.html)
23. Jean-Baptiste Richard, , Chloé Cogordan, , Stanislas Spilka, groupe Baromètre de Santé publique France 2017. LA CONSOMMATION D'ALCOOL CHEZ LES ADULTES EN FRANCE EN 2017. *bulletin épidémiologique hebdomadaire*. févr 2019;
24. KLINTZ C. Evaluation des connaissances des infections sexuellement transmissibles chez les lycéens en classe de Terminale en HauteVienne en 2020 [épidémiologique descriptive transversale]. Limoges; 2020.
25. BERNICHON B. Corrélation entre le temps d'écran passé sur smartphone mesuré sur une semaine et les symptômes d'anxiété et de dépression en population de Médecine Générale en Haute-Vienne et en Creuse. Limoges; 2020.
26. T. Phan a, \*,b, , J. Yana a, , J. Fabre a,c, , L. Yana a, , V. Renard a,c, et al. Repérage de la consommation d'alcool à risque par les médecins généralistes : enquête auprès de patients en soins premiers. In: *Revue épidémiologique et de santé publique*. Elsevier Masson. 2020. p. 215-25.

27. Tabac, Alcool : quel impact du confinement sur la consommation des Français ? [Internet]. [cité 2 nov 2020]. Disponible sur: /presse/2020/tabac-alcool-quel-impact-du-confinement-sur-la-consommation-des-francais
28. Dewost A-V, Dor B, Orban T, Rieder A, Gache P, Michaud P. Choisir un questionnaire pour évaluer le risque alcool de ses patients. la revue du praticien médecine générale. 13 mars 2006;(724/725).
29. CAILLAUD F. REPERAGE D'UNE CONSOMMATION D'ALCOOL A RISQUE EN MEDECINE GENERALE : ACCEPTABILITE ET INTERET DE L'UTILISATION D'UN OUTIL. Limoges; 2014.
30. Dry January [Internet]. Alcohol Change UK. [cité 17 janv 2021]. Disponible sur: <https://alcoholchange.org.uk/get-involved/campaigns/dry-january>
31. Dry January 2021 : Le retour du Défi De Janvier [Internet]. Fédération Addiction. 2020 [cité 17 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.federationaddiction.fr/dry-january-2021-le-retour-du-defi-de-janvier/>
32. Anne-Lise. Dry January : quels effets et quel intérêt ? [Internet]. Aximed France. 2020 [cité 17 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.aximedfrance.com/dry-january/>
33. Le lobby de l'alcool avance à visage masqué [Internet]. Allo docteurs. 2016 [cité 13 janv 2021]. Disponible sur: [https://www.allodocteurs.fr/se-soigner/politique-sante/lobby/le-lobby-de-l-alcool-avance-a-visage-masque\\_19735.html](https://www.allodocteurs.fr/se-soigner/politique-sante/lobby/le-lobby-de-l-alcool-avance-a-visage-masque_19735.html)
34. Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool [Internet]. Cour des comptes. [cité 13 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-politiques-de-lutte-contre-les-consommations-nocives-dalcool>
35. NAASSILA M. Bases neurobiologiques de l'addiction à l'alcool. In: La presse médicale. 2018. p. 554-64. (Elsevier masson; vol. 47).
36. Ministre de la Santé et des Solidarités. La diffusion de la formation au repérage précoce et à l'intervention brève en alcoologie. oct, 2006.
37. PITREL T, LE GRAND V. Tournée générale. Flammarion. 2019. 315 p.
38. F. Beck a, \*, b, , R. Guignard a, , I. Obradovic c, , A. Gautier a, , L. Karila. Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France. In: Revue épidémiologique et de santé publique. Elsevier Masson. 2011. p. 285-94.
39. C. Cogordan a, , G. Quatremer a, \*, R. Andler a, , R. Guignard a, , J.B. Richard b, , V. Nguyen-Thanh. Dialogue entre médecin généraliste et patient : les consommations de tabac et d'alcool en question, du point de vue du patient. In: Revue d'épidémiologie et de Santé publisur. Elsevier Masson. 2020. p. 1-8.
40. Dominique Huas<sup>1</sup>, Bernard Rueff<sup>2</sup>. Le repérage précoce et l'intervention brève sur les consommateurs excessifs d'alcool en médecine générale ont-ils un intérêt ? Exercer. 21(90):20-3.

## Annexes

---

<u>Annexe 1</u> : Trouble de l'usage d'une substance selon le DSM-V.....	55
<u>Annexe 2</u> : Questionnaire AUDIT.....	56
<u>Annexe 3</u> : Questionnaire AUDIT-C.....	57
<u>Annexe 4</u> : Questionnaire FACE.....	58
<u>Annexe 5</u> : Questionnaire patient.....	59
<u>Annexe 6</u> : Plan de thèse distribué au médecin.....	62

## Annexe 1. Trouble de l'usage d'une substance selon le DSM-V

11 items ont été retenus, et pour parler de trouble de l'usage d'une substance, il faut en avoir au moins 2 parmi les suivants, sur les 12 derniers mois(5) (6) (1) :

- La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
- Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de cette substance.
- Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, utiliser la substance ou récupérer ses effets.
- Il existe un craving ou une envie intense de consommer la substance.
- L'utilisation répétée de la substance conduit à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou au domicile.
- Il existe une utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance.
- Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.
- Il existe une utilisation répétée de la substance dans des situations où cela peut-être physiquement dangereux.
- L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance
- Il existe une tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
  - Besoin de quantité notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
  - Effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance.
- Il existe un sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
  - Syndrome de sevrage caractérisé à la substance
  - La substance (ou une substance proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

3 niveaux de sévérités sont décrits :

Troubles de l'usage DSM-V	
Faible	Score de 2 à 3
Modéré	Score de 4 à 5
Sévère	Score $\geq$ 6

## Annexe 2. Questionnaire AUDIT

# AUDIT

Madame, Monsieur,

Ce questionnaire permet d'évaluer par vous-même votre consommation d'alcool. Merci de le remplir en cochant **une réponse par ligne**. Si vous ne prenez jamais d'alcool, ne répondez qu'à la première question.

Pour votre information, nous vous rappelons que tous les verres ci-dessous contiennent la même quantité d'alcool pur et sont définis comme « un verre standard » dans ce questionnaire.

**Mais attention :** une canette de 50 cl d'une bière forte (8°6 ou 10°) contient l'équivalent de 4 verres standard et une bouteille de vin contient 8 verres standard.

### Un verre standard représente une de ces boissons :



	Score
<b>1</b> A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ? Jamais <input type="checkbox"/> 0    1 fois par mois ou moins <input type="checkbox"/> 1    2 à 4 fois par mois <input type="checkbox"/> 2    2 à 3 fois par semaine <input type="checkbox"/> 3    4 fois ou plus par semaine <input type="checkbox"/> 4	
<b>2</b> Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ? Un ou deux <input type="checkbox"/> 0    trois ou quatre <input type="checkbox"/> 1    cinq ou six <input type="checkbox"/> 2    sept à neuf <input type="checkbox"/> 3    dix ou plus <input type="checkbox"/> 4	
<b>3</b> Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ? Jamais <input type="checkbox"/> 0    moins d'une fois par mois <input type="checkbox"/> 1    une fois par mois <input type="checkbox"/> 2    une fois par semaine <input type="checkbox"/> 3    chaque jour ou presque <input type="checkbox"/> 4	
<b>4</b> Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ? Jamais <input type="checkbox"/> 0    moins d'une fois par mois <input type="checkbox"/> 1    une fois par mois <input type="checkbox"/> 2    une fois par semaine <input type="checkbox"/> 3    chaque jour ou presque <input type="checkbox"/> 4	
<b>5</b> Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous ? Jamais <input type="checkbox"/> 0    moins d'une fois par mois <input type="checkbox"/> 1    une fois par mois <input type="checkbox"/> 2    une fois par semaine <input type="checkbox"/> 3    chaque jour ou presque <input type="checkbox"/> 4	
<b>6</b> Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ? Jamais <input type="checkbox"/> 0    moins d'une fois par mois <input type="checkbox"/> 1    une fois par mois <input type="checkbox"/> 2    une fois par semaine <input type="checkbox"/> 3    chaque jour ou presque <input type="checkbox"/> 4	
<b>7</b> Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ? Jamais <input type="checkbox"/> 0    moins d'une fois par mois <input type="checkbox"/> 1    une fois par mois <input type="checkbox"/> 2    une fois par semaine <input type="checkbox"/> 3    chaque jour ou presque <input type="checkbox"/> 4	
<b>8</b> Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous été incapable de vous souvenir ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ? Jamais <input type="checkbox"/> 0    moins d'une fois par mois <input type="checkbox"/> 1    une fois par mois <input type="checkbox"/> 2    une fois par semaine <input type="checkbox"/> 3    chaque jour ou presque <input type="checkbox"/> 4	
<b>9</b> Vous êtes-vous blessé(e) ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ? Non <input type="checkbox"/> 0    oui, mais pas dans les 12 derniers mois <input type="checkbox"/> 2    oui, au cours des 12 derniers mois <input type="checkbox"/> 4	
<b>10</b> Est-ce qu'un ami, un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ? Non <input type="checkbox"/> 0    oui, mais pas dans les 12 derniers mois <input type="checkbox"/> 2    oui, au cours des 12 derniers mois <input type="checkbox"/> 4	
<b>TOTAL</b>	

Photocopier autant que nécessaire.

### Mode d'emploi : calculez votre score

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

- Moins de 6 pour une femme et moins de 7 pour un homme correspondent à un risque « faible » ou à un risque « anodin ».
- Entre 6 et 12 pour une femme et 7 et 12 pour un homme, on est en présence d'une consommation à risque ou à problème.
- Au-delà de 13, pour un sexe comme pour l'autre, l'alcoolodépendance peut être soupçonnée.

### Annexe 3. Questionnaire AUDIT-C

Sur l'année écoulée (nombre de points attribués entre parenthèses) :

• **Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?**

- Jamais (0)                       1 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)

• **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 à 9 (3)                       10 ou plus (4)

• **Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres-standard ou plus ?**

- Jamais (0)                       Moins de 1 fois par mois (1)                       1 fois par mois (2)  
 1 fois par semaine (3)                       Chaque jour ou presque (4)

→ **Mésusage probable** : score  $\geq 4$  chez l'homme et  $\geq 3$  chez la femme.

→ **Dépendance probable** : score  $\geq 10$  quel que soit le sexe.

## Annexe 4. Questionnaire FACE

# FACE

### Repérage des consommations problématiques d'alcool en médecine générale

Les cinq questions qui suivent doivent être de préférence posées sans reformulation, et cotées selon les réponses spontanées des patients.

En cas d'hésitation, proposer les modalités de réponses, en demandant de choisir « la réponse la plus proche de la réalité ».

Les deux premières questions portent sur les douze derniers mois.

	Score
<b>1 A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?</b>	
Jamais <input type="checkbox"/> 0      une fois par mois ou moins <input type="checkbox"/> 1      2 à 4 fois par mois <input type="checkbox"/> 2      2 à 3 fois par semaine <input type="checkbox"/> 3      4 fois ou plus par semaine <input type="checkbox"/> 4	
<b>2 Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?</b>	
Un ou deux <input type="checkbox"/> 0      trois ou quatre <input type="checkbox"/> 1      cinq ou six <input type="checkbox"/> 2      sept à neuf <input type="checkbox"/> 3      dix ou plus <input type="checkbox"/> 4	
<b>3 Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?</b>	
Non <input type="checkbox"/> 0      oui <input type="checkbox"/> 4	
<b>4 Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?</b>	
Non <input type="checkbox"/> 0      oui <input type="checkbox"/> 4	
<b>5 Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?</b>	
Non <input type="checkbox"/> 0      oui <input type="checkbox"/> 4	
<b>TOTAL</b>	

#### Interprétation :

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

- ⊗ Pour les femmes, un score supérieur ou égal à 4 indique une consommation à risque.
  - ⊗ Pour les hommes, un score supérieur ou égal à 5 indique une consommation à risque.
  - ⊗ Un score supérieur ou égal à 9 est, dans les deux sexes, en faveur d'une dépendance.
- Entre ces deux seuils, une « intervention brève » (conseil structuré de réduction de la consommation) est indiquée.

Photocopier autant que nécessaire.

## Annexe 5. Questionnaire patient

### Questionnaire thèse consommation alcool

Bonjour, je suis interne en médecine générale à la faculté de Limoges et je souhaite effectuer ma thèse sur la consommation d'alcool dans la population adulte ( $\geq 18$  ans).

Pour cela, j'aurais besoin de votre aide : si vous avez quelques minutes, je vous propose de remplir le questionnaire suivant qui est **anonyme**.

1°) Quel est votre âge ? \_\_ \_\_ ans      2°) Êtes-vous :     une femme       un homme

3°) Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ?

étudiant     actif       sans emploi       retraité

4°) Avez- vous déjà été soigné pour un sevrage à l'alcool ?     non       oui

5°) Votre médecin traitant vous-a-t-il déjà interrogé sur votre consommation d'alcool ?  non     oui

Voici à présent quelques questions qui vont permettre d'évaluer votre consommation d'alcool. Je vous laisse y répondre et calculer votre score ensuite.

Pour information, un verre standard correspond à :



6°) A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

Jamais	0	2 à 3 fois par semaine	3
1 fois par mois ou moins	1	4 fois par semaine ou plus	4
2 à 4 fois par mois	2		

7°) Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ? 1 ou 2

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

8°) Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres standards ou plus ?

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

9°) Dans les 12 derniers mois, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?

Jamais	0	Une fois par mois	2
Moins d'une fois par mois	1	Une fois par semaine	3

Tous les jours ou presque 4

10°) Dans les 12 derniers mois, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?

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

11°) Dans les 12 derniers mois, combien de fois après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?

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

12°) Dans les 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?

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

13°) Dans les 12 derniers mois, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?

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

14°) Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?

Non	0	Oui au cours des 12 derniers mois	4
Oui mais pas au cours des 12 derniers mois	2		

15°) Un parent, un ami, un médecin ou un soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?

Non	0		
Oui mais pas au cours des 12 derniers mois	2		
Oui au cours des 12 derniers mois	4		



Score obtenu

Un score  $\geq 7$  chez l'homme et  $\geq 6$  chez la femme est évocateur d'un mésusage actuel d'alcool.  
Le mésusage de l'alcool correspond à une utilisation de l'alcool qui entraîne des conséquences négatives sur votre vie ou qui est à risque d'en entraîner par la suite.  
Un score  $\geq 12$  serait en faveur d'une dépendance à l'alcool.

Si vous êtes dans une des situations citées ci-dessus merci de répondre à ces 2 dernières questions.

16°) Pensez- vous être dans cette situation ?  Oui  Non

17°) Seriez-vous prêts à en discuter auprès de votre médecin traitant ?  Oui  Non

Vous pouvez à présent disposer ce questionnaire soit dans l'urne présente à votre cabinet, soit dans la boîte aux lettres du cabinet, ou le restituer à votre médecin traitant.

Je vous remercie de votre participation et vous souhaite une bonne journée.



## Annexe 6. Plan de thèse distribué au médecin

Plan thèse mésusage de l'alcool

**étude observationnelle descriptive** : évaluation de l'état de conscience de la population en mésusage de l'alcool consultant en médecine générale

**question de thèse** : Quel est le niveau de conscience sur le mésusage d'alcool dans une population de l'Indre consultant en médecine générale en 2020 ?

- ➔ Objectif primaire : évaluer la méconnaissance du mésusage à l'alcool de la population consultant en médecine générale
- ➔ Objectif secondaire :
  - Sensibiliser la population par la distribution du questionnaire AUDIT : ouverture dialogue médecin traitant ?
  - Etude descriptive de la consommation d'alcool selon âge, sexe...

**méthode de distribution**: distribution aléatoire (afin d'avoir une représentativité de la population) de 20 auto-questionnaires par le médecin généraliste :

- ➔ Critères d'inclusion = population adulte =  $\geq 18$  ans
- ➔ distribution en fin de consultation au cabinet
- ➔ mode de distribution aléatoire choisie :
- ➔ Si refus du patient de remplir le questionnaire -> barrer le questionnaire et noter le refus
- **méthode de restitution du questionnaire** :

\_ Dans la boîte à lettre

\_ Dans l'urne

\_ Au médecin généraliste -> il va vous le restituer dans l'enveloppe fermée ou directement -> lui demander s'il veut parler des résultats avec vous -> si oui = ouverture de la discussion -> le noter sur le questionnaire rendu (« ouverture discussion », afin que je puisse évaluer le nombre de patient qui ont parlé de leurs consommations d'alcool suite à la distribution de ce questionnaire).

### **questionnaire Audit** :

- Un score  $\geq 7$  chez l'homme et  $\geq 6$  chez la femme est évocateur d'un mésusage actuel d'alcool
- Un score  $\geq 12$  serait en faveur d'une dépendance à l'alcool.

3 types de mésusages :

- Usage à risque = asymptomatique, utilisation au-dessus des seuils recommandés ou dans des situations à risque (grossesse, en conduisant...)
- Usage nocif = symptomatique -> hépatite, cirrhose, dépression secondaire... pas de dépendance
- Usage avec dépendance : physique et/ou psychique

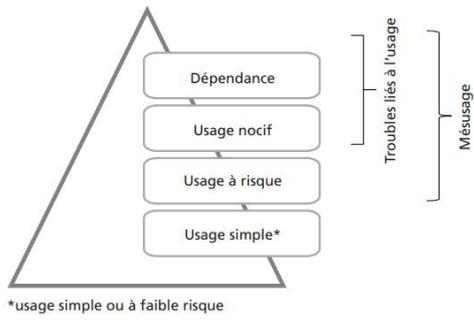


Figure 1. – Usage, mésusage, troubles liés à l'usage : un continuum.

**Coordonnées** : VILLENEUVE Coralie 06 61 65 34 96

## Serment d'Hippocrate

---

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à 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 les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

## Evaluation du niveau de conscience de la population en mésusage de l'alcool consultant en médecine générale dans l'Indre.

---

**Introduction-** L'alcool est un problème majeur de Santé Publique en France responsable de 41 000 décès par an. L'Etat est partagé dans sa politique sur l'alcool entre prévention et développement économique. Devant cette ambiguïté, les Français sont-ils conscients de leur mésusage à l'alcool ? Le médecin généraliste, souvent le premier acteur de santé du patient a une place prépondérante dans le repérage du mésusage et la promotion du bon discours sur les méfaits de l'alcool.

**Méthodes-** Une enquête transversale a été réalisée de mai à septembre 2020 auprès de 360 patients consultant leur médecin généraliste dans 18 cabinets du département de l'Indre. Les objectifs de cette enquête étaient d'évaluer le niveau de conscience du mésusage de l'alcool à travers un auto-questionnaire anonyme composé en partie d'un questionnaire validé : l'AUDIT.

**Résultats-** 29 patients en mésusage de l'alcool ont été retrouvés dont 16 qui n'en avaient pas conscience. Ce mésusage concernait 12.4% des patients de cette étude. Les patients de cette étude étaient peu interrogés sur leur consommation d'alcool par leur médecin traitant avec 77.8% dans ce cas.

**Conclusion-** Le mésusage de l'alcool concerne encore plus d'un patient sur dix en médecine générale dont la majorité n'en est pas consciente. Afin d'améliorer ce repérage plusieurs pistes peuvent être envisagées tel que le développement du RPIB, le renforcement des messages de prévention, le développement du mois sans alcool, une consultation de prévention spécifique. Ceci passera par un meilleur investissement de l'Etat et des médecins généralistes dans la prévention du mésusage de l'alcool.

---

Mots-clés : mésusage, alcool, médecin généraliste, AUDIT, conscience

## Assesment of the level of awareness of population with alcohol use disorder consulting in primary care in Indre department.

---

**Introduction-** Alcohol is a major public health problem in France, responsible for 41 000 deaths per year. French state is split in its alcohol policy, between prevention and economic development. Facing this ambiguity are the French aware of their alcohol use disorder ? General practitioner is often the first health actor for the patient and plays a key rôle in spotting alcohol use disorder and promoting the righth speech on the harmful effets of alcohol.

**Methods-** A cross-sectional study was carried out from May to September in 2020 on a sample of 360 patients consulting in 18 general practitioners'offices in the department of Indre. The objectives of this study were to assess the level of awareness of people with alcohol use disorder through an anonymous self-questionnaire partly based on the validated questionnaire AUDIT.

**Results-** 29 patients with alcohol use disorder were found with 16 of whom were unaware about it. The alcohol use disorder affected 12.4% of the patients in this study. Patients of this study were rarely asked about their alcohol consumption by their GP" : 77.8% in this case.

**Discussion-** Alcohol use disorder still affect more than one in ten patients in primary care and the majority of whom are not aware of it. In order to improve the spotting of these patients, several approaches could be considered such as the development of the RPIB, the strengthening of prevention messages, the development of the month without alcohol « Dry January », a specific consultation dedicated to prevention. This will require a committent from the French State and from GP in alcohol use disorder prevention.

---

Keywords : alcohol use disorder, alcohol, general practitioner, AUDIT, awareness